



„Wie soll ich mich entscheiden?“

Beeinflussende Faktoren im Entscheidungsprozess für eine
Brustrekonstruktion von Frauen nach einer Mastektomie

Daphné Bolliger
PF16-542-938

Sina Léonie Hurschler
PF16-545-972

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: 2016
Eingereicht am: 03. Mai 2019
Begleitende Lehrperson: Daniela Züger

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Einleitung	4
1.1 Fragestellung	6
1.2 Zielsetzung.....	6
2 Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Erwachsene Frau	7
2.2 Mammakarzinom.....	7
2.3 Mastektomie.....	8
2.4 Brustrekonstruktion	9
2.5 Entscheidungsprozess	10
2.6 Beratungsmodell nach Doll und Hummel-Gaatz (2006)	11
3 Methode	16
3.1 Vorgehensweise der Literaturrecherche	16
3.2 Limitationen.....	19
3.3 Vorgehensweise der Beurteilung und Relevanz der Studien.....	19
4 Ergebnisse	21
4.1 Studie von Morrow et al. (2014).....	26
4.2 Studie von Manne et al. (2016).....	29
4.3 Studie von Nelson et al. (2013).....	32
4.4 Studie von Fasse et al. (2017).....	35
4.5 Studie von Begum et al. (2011)	37
4.6 Studie von Holland et al. (2016).....	40
4.7 Studie von Rubin und Tanenbaum (2011)	43

5	Diskussion	46
5.1	Körperliche Dimension	48
5.2	Psychische Dimension:	49
5.3	Soziale Dimension	50
5.4	Spirituelle Dimension	51
5.5	Theorie-Praxis-Transfer	52
5.6	Limitationen.....	58
6	Schlussfolgerung.....	59
	Literaturverzeichnis	60
	Zusatzverzeichnisse	65
	Abbildungsverzeichnis	65
	Tabellenverzeichnis	65
	Wortzahl	67
	Danksagung	69
	Eigenständigkeitserklärung	71
	Anhang	73
	Glossar ¹	73
	Kritische Studienbeurteilung mittels der ausgewählten Systematiken.....	77

¹ Wörter, welche in der Literaturarbeit mit einem Sternchen (*) (ausser in Tabelle 2) gekennzeichnet¹ sind, werden im Glossar ab Seite 73 definiert

Abstract

Darstellung des Themas

Die Frauen, die sich einer Mastektomie zur Behandlung von Brustkrebs unterziehen müssen, stehen vor der Entscheidung über eine Brustrekonstruktion (Begum et al., 2010). Der Entscheidungsprozess wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst.

Ziel

Ziel dieser Literaturarbeit ist es, die beeinflussenden Faktoren bei der Entscheidungsfindung der betroffenen Frauen für eine sekundäre Brustrekonstruktion während der Hospitalisation für die Mastektomie oder bei der ambulanten Betreuung zu ermitteln.

Methode

In den Datenbanken CINAHL Complete, Pubmed und PsycINFO wurde eine systematische Literaturrecherche über den Zeitraum von November 2018 bis Januar 2019 durchgeführt. Die inkludierten Studien wurden anhand der Arbeitsinstrumente von Letts et al. (2007) und Law et al. (1998) kritisch gewürdigt.

Relevante Ergebnisse

Der Entscheidungsprozess für eine Brustrekonstruktion wird vom Körperbild, dem Zugang zu Informationen und der Beziehung zur Partnerin oder zum Partner beeinflusst. Weiter spielt auch der politische Einfluss und die gesellschaftlichen Normen und Werte eine wesentliche Rolle im Entscheidungsprozess.

Schlussfolgerung

Die Literaturarbeit zeigt die beeinflussenden Faktoren auf den Entscheidungsprozess einer Brustrekonstruktion in den vier Dimensionen der betroffenen Frauen auf. Die Beratung stellt in der Pflege einen wesentlichen Bestandteil dar.

Keywords

breast cancer, breast reconstruction, mastectomy, decision making process, factor, woman

1 Einleitung

Im Jahr 2018 wurde laut *International Agency for Research on Cancer* (n. d.) die Inzidenz* von Brustkrebs auf 2 088 802 Frauen weltweit geschätzt. In der Schweiz erkrankten jeden Tag 15 Frauen an Brustkrebs (Krebsliga, 2016). Dies sind rund 6000 Frauen und 50 Männer im Jahr (Krebsliga, n. d.). Trotz der stetigen Entwicklung der individuellen Therapie sterben jährlich 1400 Frauen an der oft bösartigen Tumorerkrankung (Krebsliga, 2016; Krebsliga 2018). Die meist unerwartete Diagnose verändert nicht nur das Leben des Betroffenen, sondern auch Angehörige und Bekannte sind involviert und eine wichtige Stütze (Krebsliga Schweiz, 2012). Die Behandlungsmöglichkeiten können Operationen, Chemo-, Strahlen- und antihormonelle Therapien beinhalten (Krebsliga Schweiz, 2014). Diese werden individuell auf die Ausdehnung, Lage und Eigenschaften vom Tumorgewebe angepasst (Krebsliga Schweiz, 2014). Einen weiteren Einfluss hat die Betroffenheit der Lymphknoten und das Vorhandensein von Metastasen auf die Auswahl der Therapie (Krebsliga Schweiz, 2014). Laut Begum, Grunfeld, Ho-Asjoe und Farhadi (2010) und Holland, Archer und Montague (2016) ist der Hauptbestandteil der Brustkrebsbehandlung die Mastektomie. Diese wird gerade bei jungen Frauen von den Onkologen empfohlen, damit das Risiko für ein Rezidiv* reduziert werden kann (Stiftung Krebsforschung Schweiz, 2017). Im Vereinigten Königreich wurden laut Holland et al. (2016) 82 Prozent aller an Brustkrebs erkrankten Frauen operativ behandelt. Frauen, welche an Brustkrebs erkrankt sind, leben in einem von der Krankheit geprägten veränderten Körper (Rubin & Tanenbaum, 2011). Bei Brustkrebsüberlebenden beinhalten negative Vorstellungen zum Körperbild die Unzufriedenheit mit dem Aussehen, den Verlust der Weiblichkeit und ein verringertes Selbstwertgefühl (Dritz, Diegelmann & Insermann, 2006). Die Frauen, welche sich einer Mastektomie zur Behandlung von Brustkrebs unterziehen müssen, stehen vor der Entscheidung, eine Brustrekonstruktion zu machen (Begum et al., 2010). Der Zeitpunkt der Brustrekonstruktion richtet sich dabei nach den Bedürfnissen der Frauen sowie den Erfordernissen der onkologischen Therapie (Günthert, Eicher & Biedermann, 2017). Die meisten Frauen entscheiden sich gegen eine Brustrekonstruktion (Morrow et al., 2014). In der Studie

von Holland et al. (2016) entschieden sich nur 21 Prozent der Frauen für eine primäre Brustrekonstruktion nach der Mastektomie, elf Prozent für eine sekundäre.

Die Therapie von einem malignen Mammakarzinom geht oft über einen längeren Zeitraum, in welchem die Pflege nicht nur im Akutspital oder in einem onkologischen Ambulatorium, sondern auch teilweise zu Hause bei der Betreuung involviert ist (Ebnöther, 2011). In einem ersten Beratungsgespräch werden die Frauen vom Operateur über Möglichkeiten der Brustrekonstruktion informiert (Günthert et al., 2017). Ein pflegerisches Beratungsgespräch zur Entscheidungsfindung kann im Anschluss laut Günthert et al. (2017) sinnvoll sein. Die betroffenen Frauen, die im Akutspital für eine Mastektomie mit primärer Brustrekonstruktion eintreten, haben den Entscheidungsprozess bereits beendet und sind somit von dieser Literaturarbeit ausgeschlossen (Krebsliga Schweiz, 2018). Frauen, die keine primäre Brustrekonstruktion machen, sind zum Zeitpunkt der Mastektomie im Entscheidungsprozess für eine sekundäre Brustrekonstruktion (Krebsliga Schweiz, 2018). Während ihres ungefähr fünftägigen Spitalaufenthalts besteht ein enger Kontakt mit der Pflege (Krebsliga Schweiz, 2014). Diese begleitet die Patientinnen bis zum Operationssaal, ist dabei, wenn der Verband das erste Mal entfernt wird und die betroffenen Frauen die Narbe sehen können (Günthert et al., 2017). Dies ist eine grosse Veränderung und ein schwieriger Moment für die Patientinnen, sowie auch für die Pflegefachpersonen (Krebsliga Schweiz, 2014). Der Entscheidungsprozess für eine sekundäre Brustrekonstruktion kann zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund stehen, da sich die Frau mit der Körperbildveränderung auseinandersetzt (Krebsliga Schweiz, 2018). Unsere persönliche Betroffenheit als Frauen kann in Gesprächen in der Rolle als Pflegefachperson unterstützend sein. Für die Pflegefachpersonen bestehen die Herausforderungen darin, die passenden Worte und Fragen an die betroffene Frau zu richten. Die Pflegefachperson kennt dabei die beeinflussenden Faktoren der betroffenen Frau im Entscheidungsprozess nicht im Voraus. Sie muss diese im Gespräch heraushören und darauf reagieren können.

1.1 Fragestellung

Welche Faktoren beeinflussen Frauen im stationären und ambulanten Bereich des Akutspitals, die an einem Mammakarzinom erkrankt sind, im Entscheidungsprozess für eine sekundäre Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie?

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, die beeinflussenden Faktoren bei der Entscheidungsfindung der betroffenen Frauen für eine sekundäre Brustrekonstruktion während der Hospitalisation für die Mastektomie oder bei der ambulanten Betreuung zu ermitteln. Diese Erkenntnis könnte den Pflegefachpersonen helfen, die Patientinnen im Entscheidungsprozess zu unterstützen und eine beratende Rolle im Gespräch zu übernehmen. Im Theorie-Praxis-Transfer wird dieser Ansatz anhand des Beratungsmodells von Doll und Hummel-Gaatz (2006) dargestellt.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt werden die zentralen Begriffe dieser Literaturarbeit definiert.

2.1 Erwachsene Frau

Eine erwachsene Frau wird im Duden (n. d.) als "dem Jugendalter entwachsene, volljährige Person des weiblichen Geschlechts" definiert.

2.2 Mammakarzinom

Ein Mammakarzinom wird nach Goldhammer und Rössig (2012) als eine bösartige (maligne) Tumorerkrankung der Brust bezeichnet. Ein maligner Tumor, in der Fachsprache Karzinom, bezeichnet das unkontrollierte Wachstum von körpereigenen Zellen (Goldhammer & Rössig, 2012). Dies bedeutet, dass eine funktionsfähige Zelle des Körpers zu einer Krebszelle mutiert, welche die ursprüngliche Funktion nicht mehr übernehmen kann (Krebsliga Schweiz, 2014). Das Karzinom durchbricht die natürlichen Begrenzungslinien seines Ursprungsgewebes und dringt ungehindert in das umliegende Gewebe ein (Goldhammer & Rössig, 2012). Ausserdem haben Krebszellen die Möglichkeit, sich von ihrem Entstehungsort zu lösen (Krebsliga Schweiz, 2014). Dabei können die Krebszellen in Blutgefässe und Lymphbahnen eindringen und so zu anderen Geweben, beispielsweise Organen, transportiert werden (Goldhammer & Rössig, 2012). Diese Ableger werden als Metastasen oder Tochtertumore bezeichnet (Goldhammer & Rössig, 2012). Primär bilden sich die Metastasen eines Mammakarzinoms entlang der Lymphabflusswege an den axillären* Lymphknoten (Huch & Jürgens, 2015).

Laut der Deutschen Krebsgesellschaft (2016) kann das Mammakarzinom in der Lokalisation, Histologie* und Invasionstiefe unterschieden werden. Zu den Risikofaktoren gehören die Lebensstilfaktoren, zu denen die Ernährung, die körperliche Aktivität, das Körpergewicht, die Körpergrösse, Genussmittel wie Nikotin und Alkohol und psychosoziale Einflussfaktoren zählen. Ausserdem gehört der Einfluss der Gene, die Umwelt, andere Erkrankungen, die Medikamente und die Hormone zu den Risikofaktoren. Die betroffenen Frauen können lokale Symp-

tome wie einen tastbaren Knoten, Hautveränderungen in Form von Einziehungen und Entzündungen, Formänderungen der Brust, Sekretion oder Blutung aus den Mamillen erfahren. Bei einer bereits vorhandenen Metastasierung in den Knochen und Organen können Symptome wie Schmerzen und Einschränkungen der Organe mit der entsprechenden Symptomatik auftreten. Zur Früherkennung kann eine Brusttastuntersuchung, eine Mammographie* oder eine Sonographie* durchgeführt werden. Besteht bereits ein Verdacht auf ein Mammakarzinom, sind Untersuchungen wie eine klinische Brustuntersuchung, eine Mammographie, eine Sonographie, eine Magnetresonanztomografie (MRI) und eine Biopsie* möglich (Deutsche Krebsgesellschaft, 2016).

Zu den Therapieverfahren gehört laut Huch und Jürgens (2015) die operative Entfernung des Tumors, mit oder ohne axillärer Ausräumung, Strahlen-, Chemo- und Antihormontherapie. Die operative Behandlung kann mittels einer brusterhaltenden Operation oder einer Mastektomie durchgeführt werden (Huch & Jürgens, 2015).

2.3 Mastektomie

Als Mastektomie wird die Entfernung der Brust definiert (Krebsliga Schweiz, 2014). Dabei wird das gesamte Brust- und Fettgewebe, Haut, Brustwarze und die äussere bindegewebige Hülle des Brustmuskels entfernt (Cerkus-Rossmeissl, 2012). Der grosse und kleine Brustmuskel bleibt erhalten (Krebsliga Schweiz, 2014). Laut der Deutschen Krebsgesellschaft (2016) ist es ausserdem möglich, die Haut und je nach Voraussetzung auch den Mamillen-Areolen-Komplex* zu erhalten. Dadurch, dass ein grösserer Anteil der Haut erhalten bleibt, wird eine günstige Voraussetzung für eine Brustrekonstruktion geschaffen (Deutsche Krebsgesellschaft, 2016).

Während dem operativen Eingriff der Mastektomie können ebenfalls befallene axilläre Lymphknoten entfernt, sowie eine Brustrekonstruktion durchgeführt werden (Cerkus-Rossmeissl, 2012). Bei einer Mastektomie können Komplikationen wie Infektionen, Lymphödeme*, Nervenschäden, Serombildungen* sowie Einschränkungen im Schulter- und Armbereich auftreten (Deutsche Krebsgesellschaft, 2016).

Die betroffene Frau erlebt wird laut Eicher und Marquard (2008) durch die Mastektomie eine Veränderung ihres Körperbildes. Somit kann dieser operative Eingriff eine psychische Belastung für die Frauen bedeuten. Durch eine Brustrekonstruktion kann diese psychische Belastung oft verbessert werden (Eicher & Marquard, 2008).

2.4 Brustrekonstruktion

Unter der Brustrekonstruktion wird ein Wiederaufbau der Brust bezeichnet (Krebsliga Schweiz, 2014). Dies kann laut Cerkus-Rossmeissel (2012) mittels Implantaten, Eigengewebe (autolog) oder durch eine Kombination von beidem erfolgen. Wird die Brustrekonstruktion im gleichen Eingriff wie die Mastektomie durchgeführt, wird von einer primären Brustrekonstruktion gesprochen. Die sekundäre Brustrekonstruktion bezeichnet den Brustaufbau nach einer Latenzzeit* von sechs Monaten nach der Mastektomie (Cerkus-Rossmeissel, 2012).

Laut dem Deutschen Krebsforschungszentrum (2017) können Komplikationen bei einer Brustrekonstruktion mittels Implantaten wie Verhärtungen und das Zusammendrücken von Implantaten durch Bindegewebe sein. Bei einer Brustrekonstruktion mit Eigengewebe besteht die Möglichkeit, dass das versetzte Gewebe nicht anwächst und abstirbt. Zusätzlich kann es zu Bewegungseinschränkungen und Beschwerden bei der Entnahmestelle kommen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2017). Die Brustrekonstruktion kann jedoch nach der Krebsliga Schweiz (2018) nur durchgeführt werden, wenn keine Radiotherapie von der wiederhergestellten Brust erwartet wird. Die Entscheidung, ob und zu welchem Zeitpunkt eine Brustrekonstruktion durchgeführt wird, liegt bei der betroffenen Frau selbst (Krebsliga Schweiz, 2018).

2.5 Entscheidungsprozess

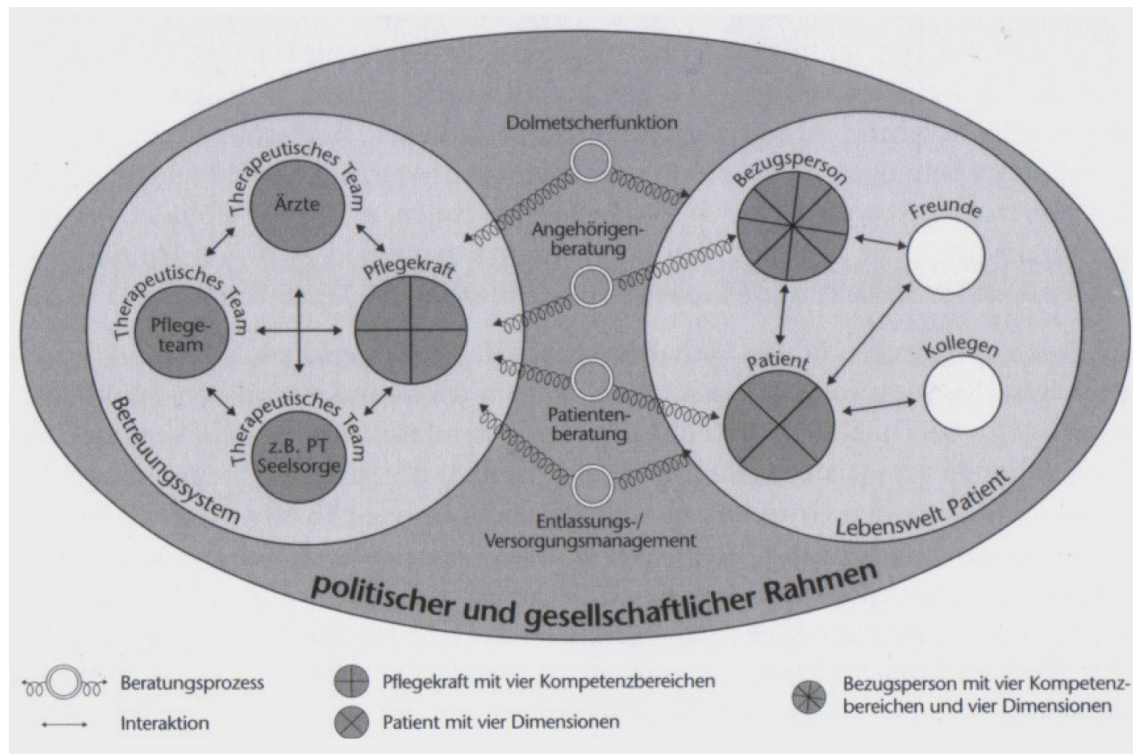
Als Entscheidungsprozess wird der Vorgang des Wählens zwischen zwei oder mehreren Optionen verstanden (Feger, 2000). Es geht darum, erwünschte Konsequenzen zu erreichen oder zu vermeiden (Plessner, 2011). Die Entscheidung wird in der Regel dem Forschungsfeld von «Beurteilung und Entscheidungsfindung» zugeordnet, wobei die Entscheidung in der Regel über das Urteil hinausgeht (Plessner, 2011). Urteile beziehen sich auf wahrgenommene und erschlossene kognitive Sachverhalte, Entscheidungen sind handlungsbestimmt (Feger, 2000). Es wird zwischen der Entscheidung unter Sicherheit und unter Unsicherheit in Abhängigkeit von der Konsequenz unterschieden (Plessner, 2011). Laut Feger (2000) tritt bei der Entscheidung unter Sicherheit die Folge einer geäußerten Bevorzugung ein. Die Entscheidung unter Unsicherheit entspricht dabei der Spieltheorie und der Idee des erwarteten Nutzens. Dazu wird anhand des Prinzips der Nutzungsmaximierung die Option gewählt (Feger, 2000).

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Brustrekonstruktion, welche von den betroffenen Frauen getroffen werden muss, handelt es sich laut Günthert et al. (2017) um eine Entscheidung unter Sicherheit. Die Frauen werden in einem Beratungsgespräch über die Konsequenz der Entscheidung informiert und können Vor- und Nachteile abwägen. Primär wird das Beratungsgespräch durch den Operateur durchgeführt. Zusätzlich leistet die Pflege in beratender Funktion Unterstützung im Entscheidungsprozess (Günthert et al., 2017).

2.6 Beratungsmodell nach Doll und Hummel-Gaatz (2006)

Abbildung 1

Beratungsmodell von Doll und Hummel-Gaatz (2006)



Das Beratungsmodell von Doll und Hummel-Gaatz (HUGADO) (2006), welches auf der Abbildung 1 auf Seite 12 ersichtlich ist, wurde für onkologische Patientinnen entwickelt, was der Population dieser Literaturarbeit entspricht. Der Fokus liegt auf dem Beratungs- und Entscheidungsprozess von den Betroffenen und deren Angehörigen. Die ermittelten beeinflussenden Faktoren der Literaturarbeit fließen dabei in das Beratungsmodell an unterschiedlichen Stellen ein und ermöglichen eine Umsetzung durch die Lernfelder in der Beratung des Entscheidungsprozesses. Beim Beratungsmodell handelt es sich um ein Pflegemodell (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

Um Tumorpatientinnen und deren Angehörige laut Doll und Hummel-Gaatz (2006) in ihrer veränderten Lebenssituation zu unterstützen, ist es für Pflegefachpersonen wichtig, über Beratungskompetenzen zu verfügen. Das systematische Beratungsmodell wurde dazu entwickelt, die verschiedenen Aspekte des Handlungsfeldes «Beratung in der onkologischen Pflege» aufzuzeigen. Es soll helfen, die komplexen Interaktionen und Interdependenzen aller Beteiligten im

Beratungs- beziehungsweise Entscheidungsprozess darzustellen. Ausserdem soll das Modell alle Lebensbereiche aufzeigen, in welchen die betroffene Person beeinflusst wird (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

Das Modell besteht aus den zwei Hauptkomponenten «Betreuungssystem» und «Lebenswelt Patient», welche beide in einem politischen und gesellschaftlichen Rahmen eingebettet sind. Dabei besteht das «Betreuungssystem» aus der zuständigen Pflegefachperson und dem therapeutischen Team, welches aus den Ärztinnen und Ärzten, dem Pflegeteam und der Physiotherapie besteht. Die «Lebenswelt Patient» setzt sich aus der Patientin selbst, ihrem näheren Umfeld, wie Angehörige oder Freunde, und ihrem weiteren Umfeld, wie den Nachbarn, Arbeitskolleginnen und -kollegen oder Bekannten, zusammen. Die betroffene Person wird als ein bio-psycho-sozio-spirituelles Wesen beschrieben. Die Tumorerkrankung hat Auswirkungen auf die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen. Durch diese vier Dimensionen werden die Bedürfnisse, Sorgen, Symptome und Emotionen der Patientin beeinflusst, was sich innerhalb des Modells widerspiegelt. Weiter stellt die Bezugsperson eine wichtige Komponente in der «Lebenswelt Patient» dar. Auch ihre vier Dimensionen werden durch die Tumorerkrankung der Patientin beeinflusst und die Angehörigen benötigen daher Unterstützung und Beratung von der Pflege. Der Beratungsprozess findet zwischen den Interaktionen des «Betreuungssystems» und dem System «Lebenswelt Patient» statt. Dieser steht in der Wechselbeziehung zwischen den Kompetenzen der Pflegefachperson und den oben genannten vier Dimensionen. Die Pflegefachperson erhält im Beratungsprozess Informationen über die Beratungsbedürfnisse, die weiteren Einflüsse und die Gesamtsituation der betroffenen Person. Im Beratungsmodell HUGADO sind vier Beratungsanlässe dargestellt. Dazu gehört die Dolmetscherfunktion, die Angehörigenberatung, die Patientenberatung, das Entlassungs- und Versorgungsmanagement. Dabei bezieht sich die Dolmetscherfunktion auf die Diagnose und Therapie der Patientin und das Entlassungs- und Versorgungsmanagement auf den Übergang der Patientin von einem Pflegesetting in ein anderes (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

Anhand des Beratungsmodell HUGADO wurde das Lernfeld «Beratung in der onkologischen Pflege» entwickelt. Das Ziel des Lernfeldes besteht darin, die Handlungskompetenzen, welche eine Pflegefachperson benötigt, aufzuzeigen.

Dadurch kann die Pflegefachperson den Beratungsprozess inhaltlich und methodisch professionell gestalten. Unter den Handlungskompetenzen werden die Voraussetzungen einer Pflegefachperson in einer bestimmten Situation verstanden, welche für ein zielgerichtetes, reflektiertes und verantwortliches Handeln benötigt werden. Die Handlungskompetenzen bestehen aus der Feld-, Methode-, System- und Selbstkompetenz. Unter der Feldkompetenz wird die Fachkenntnis zu den sechs Kategorien (körperliche, psychische, soziale, spirituelle Dimensionen der Patientin und ihrer Bezugspersonen), Dolmetscherfunktion, Entlassungs- und Versorgungsmanagement verstanden. Die Methodenkompetenz beinhaltet die Gestaltung des Beratungsprozesses und seine Kontextbedingungen. Dabei kommt es zu einer Überschneidung von Fachkenntnissen (Beratungsinhalt) und interaktiven Fähigkeiten (Beratungsmethoden). In der Systemkompetenz dreht es sich nicht nur um die Kommunikation zwischen zwei Individuen, sondern auch um die Interaktion der Mitglieder der Systeme. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegefachperson die eigene Position im System kennt. Die Selbstkompetenzen beschreiben, dass die beratende Pflegefachperson sich mit ihrem Selbst (Strickmustern, biografische Erfahrungen, Werten, Haltungen und Bewältigungsstilen) in den Beratungsprozess einbringt. Dabei steht die Reflexion eigener Haltungen und Positionen bezogen auf das eigene Menschenbild, das Beratungsverständnis, das Gesundheits- und Pflegeverständnis im Vordergrund (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

Die Voraussetzungen an die Pflegefachperson der vier Lernfelder sind in der Tabelle 1 ab Seite 15 dargestellt.

Tabelle 1

Voraussetzung an die Pflegefachperson nach den Lernfeldern entnommen von Doll & Hummel-Gaatz (2006) angepasst durch Daphné Bolliger und Sina Léonie Hurschler

Lernfelder	Voraussetzung an die Pflegefachperson
Feldkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> - Fachkenntnis zu den sechs Kategorien (vier Dimensionen, Dolmetscherfunktion, Entlassungs- und Versorgungsmanagement) - Verstehen der Doppelrolle der Bezugsperson durch die persönliche Betroffenheit und als beratende Rolle in den Beratungsprozess mit einbeziehen
Methodenkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung als Beziehungs- und Problemlöseprozess verstehen - Beratungsangebot situiert und alltagsnah einsetzen, sowie bedarfs- und bedürfnisorientiert gestalten - Unterschiedlichste Formen der Gesprächsführung anwenden - Das Gegenüber in seinem biographischen und lebensweltlichen Kontext wahrnehmen und akzeptieren - Beratungsprozess retrospektiv reflektieren und bewerten - Beratungsbeziehung beenden - Im therapeutischen Team auf der Metaebene kommunizieren

Systemkompetenz	<ul style="list-style-type: none">- Systematische Zusammenhänge verstehen, sowie Mitglieder und Zusammenhänge im Betreuungssystem kennen- Einbeziehen von Familien- und Gruppendynamik in den Beratungsprozess- Eigene Rolle im Betreuungssystem kennen und Informations- und Kooperationsnetzwerke aufbauen- Multifaktorielle Einflüsse identifizieren
Selbstkompetenz	<ul style="list-style-type: none">- Reflektieren des eigenen Menschenbildes, Beraterrolle, Selbst- und Fremdbild, des eigenen Pflege-, Kompetenzen, Grenzen, Gesundheits- und Beratungsverständnis,- Ethische Normen reflektieren und eigene Wertvorstellungen entwickeln- Konflikte erkennen und lösen- Frustrations- und Ambiguitätstoleranz entwickeln- Beratungskompetenzen erwerben und dies als lebenslangen Lernprozess verstehen

3 Methode

Im folgenden Abschnitt wird die systematische Literaturrecherche und die Vorgehensweise der Beurteilung der Studien beschrieben.

3.1 Vorgehensweise der Literaturrecherche

Um die Fragestellung zu beantworten, wurden Studien von den Datenbanken CINAHL Complete, Pubmed und PsycINFO verwendet. Diese sind fachspezifische Datenbanken für die Pflege und weitere Disziplinen der Gesundheit. Zur Bearbeitung des theoretischen Hintergrundes und der Begriffsdefinition wurde Fachliteratur aus Büchern, Broschüren der Krebsliga und Publikationen von den erwähnten Datenbanken verwendet. Für die Literaturrecherche wurden die in der Tabelle 2 auf Seite 18 beschriebenen *Keywords* verwendet, von welchen die MeSH Terms mit einem Stern (*) gekennzeichnet sind. Ergeben haben sich die *Keywords* aus den Schlagworten der Fragestellung. Um die *Keywords* zu verbinden, wurden die Bool'schen Operatoren *AND* und *OR* verwendet. Zusätzlich wurde in den Literaturverzeichnissen der passenden Studien unsystematisch nach weiterführender Literatur gesucht. Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum von November 2018 bis Januar 2019 durchgeführt. Das Flussdiagramm der Literaturrecherche ist auf der Abbildung 2 auf Seite 19 dargestellt.

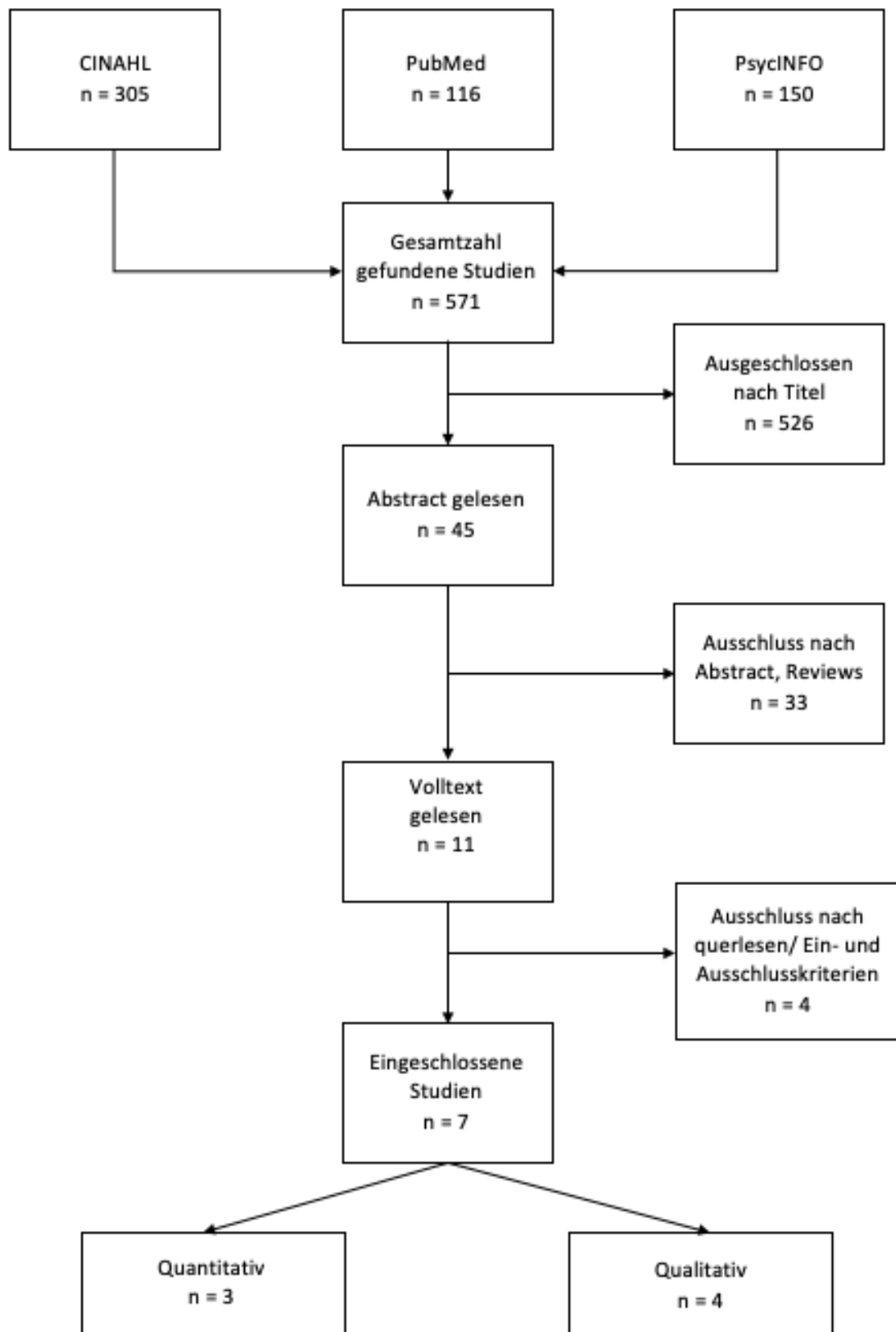
Tabelle 2

Keywords

Keyword Deutsch	Keyword Englisch
Brustkrebs, Mammakarzinom	<i>breast cancer, breast carcinoma, breast neoplasms*</i>
Brustrekonstruktion	<i>breast reconstruction, mammoplasty*</i>
Brustentfernung, Mastektomie	<i>mastectomy*, breast removal, postmastectomy</i>
Entscheidungsprozess	<i>decision making process, decision process, process of decision, decision making*</i>
Faktor	<i>factor</i>
Frau, erwachsene Frau	<i>woman*, adult woman</i>

Abbildung 2

Flussdiagramm der Literaturrecherche, eigene Abbildung



3.2 Limitationen

Die Suchergebnisse wurden durch die folgenden Limitationen eingeschränkt: Zum Sprachverständnis wurden nur Studien in deutscher und englischer Sprache verwendet, welche in Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland durchgeführt wurden. Diese geographische Einschränkung soll eine bestmögliche Übertragbarkeit auf das schweizerische Gesundheitssystem ermöglichen. Weiter wurden ausschliesslich Studien berücksichtigt, welche ab dem Jahr 2008 publiziert wurden, um die Aktualität des Inhalts zu gewährleisten.

3.3 Vorgehensweise der Beurteilung und Relevanz der Studien

Alle 571 gefundenen Treffer wurden anhand ihrer Titel beurteilt, ob sie für die Arbeit relevant sind. Von den 45 relevanten Titeln der Studien wurden die *Abstracts* gelesen und anhand der Kriterien, welche in Tabelle 3 auf Seite 20 dargestellt sind, ein- bzw. ausgeschlossen.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

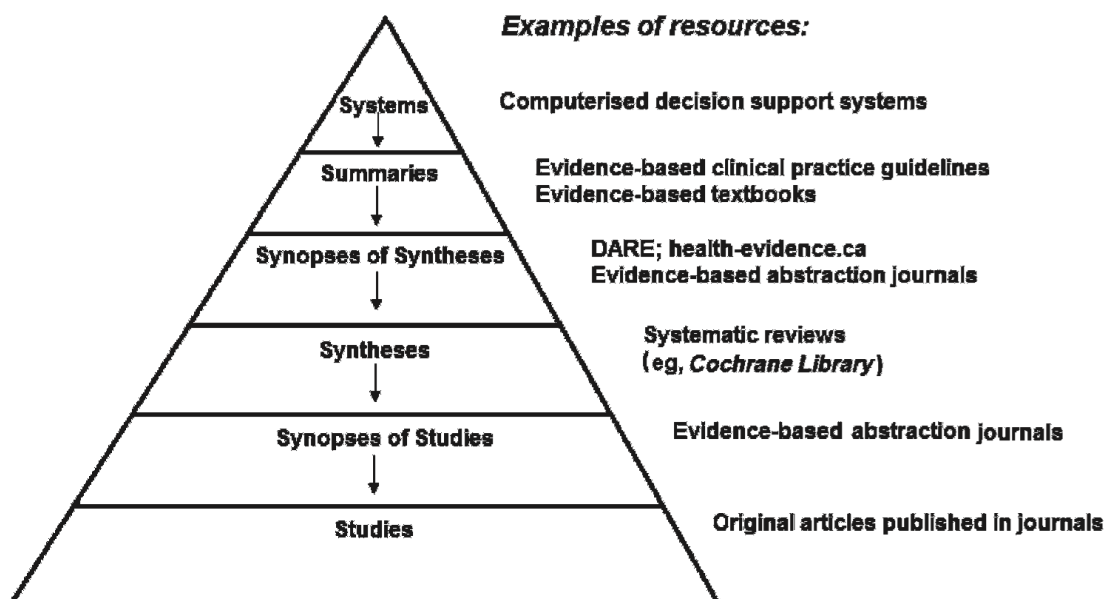
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Frauen	Männer
Alter ab 18 Jahren	Alter unter 18 Jahren
Sekundärer Brustaufbau	Primärere Brustaufbau

In der Arbeit wurden nur Studien zu Frauen berücksichtigt, da mehrheitlich Frauen von Brustkrebs betroffen sind und die Brust ein Symbol der Weiblichkeit ist (Krebsliga Schweiz, 2014). Männer wurden deshalb ausgeschlossen. In Anbetracht dessen, dass jüngere Frauen weniger betroffen sind, wurden Frauen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs ausgeschlossen (Krebsliga Schweiz, 2014). Da die Pflege im Entscheidungsprozess von Frauen mit einem primären Brustaufbau nicht einbezogen ist, wurden diese ausgeschlossen.

Für diese Literaturarbeit wurden sieben Studien eingeschlossen. Die vier qualitativen Studien wurden mit dem Arbeitsinstrument von Letts et al. (2007) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die drei quantitativen Studien anhand von Law et al. (1998). Das Modell *Trustworthiness* von Lincoln und Guba (1985) wurde zusätzlich als ergänzendes Hilfsmittel zur Würdigung der Studien verwendet. Die kritischen Beurteilungen der verwendeten Studien sind im Anhang ab Seite 77 zu finden. Anhand der 6-S-Pyramide von DiCenso, Bayley & Haynes (2009) in Abbildung 3 auf Seite 21 wurde das Evidenzlevel von qualitativen Studien eingeschätzt. Die Resultate der Studien, welche relevant für unsere Fragestellung sind, wurden in den Ergebnissen dargelegt. In einem weiteren Schritt wurden diese kritisch diskutiert, in einem Theorie-Praxis-Transfer anhand des Beratungsmodelles nach Doll und Hummel-Gaatz (2006) aufgezeigt und in den pflegerischen Alltag übertragen.

Abbildung 3

6-S-Evidenzpyramide nach DiCenso et al. (2009)



4 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die in dieser Literaturarbeit einbezogenen Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Dabei wurde auf die relevanten Hauptpunkte der Studien eingegangen. In der Tabelle 4 ab Seite 23 sind alle verwendeten Studien dieser Literaturarbeit dargestellt.

Tabelle 4

Übersicht der verwendeten Studien dieser Literaturarbeit

Autor und Autorinnen, Jahr, Land	Titel der Literatur-recherche	Design/Ansatz	Forschungsziel- Frage	Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)
Morrow et al., 2014 Vereinigte Staaten	<i>Access to breast reconstruction after mastectomy and patient perspectives on reconstruction decision making</i>	Quantitativ Fallstudiendesign	Ziel: Rate der sofortigen und verzögerten Brustrekonstruktion und die Korrelate* ihrer Verwendung in einer vielfältigen, bevölkerungsbezogenen Stichprobe zu untersuchen. Darüber hinaus haben die Autoren versucht, die Haltung der Patientin gegenüber der Rekonstruktion zu untersuchen und herauszufinden, ob nach Abschluss der Krebsbehandlung ein erheblicher unerfüllter Rekonstruktionsbedarf besteht.	6

Manne et al., 2016 Vereinigte Staaten	<i>Attitudes and decisional conflict regarding breast reconstruction among breast cancer patients</i>	Quantitativ Querschnittstudie	1. Ziel: Charakterisierung des Wissens über Brustrekonstruktionen, der Gründe für oder gegen die Wahl einer Brustrekonstruktion, der Entscheidungsbereitschaft und -konflikte sowie der erwarteten Entscheidung. 2. Ziel: Demographische, medizinische und ODSF Faktoren verbunden mit Entscheidungskonflikten zu evaluieren.	6
Nelson et al., 2013 Philadelphia	<i>Delayed autologous breast reconstruction: Factors which influence patient decision making</i>	Quantitativ Kohortenstudie	Ziel: Faktoren, welche zur Entscheidung einer sekundären Brustrekonstruktion führen, besser verstehen.	6

Fasse et al., 2017 Frankreich	<i>The decision-making process for breast reconstruction after cancer surgery: Representations of heterosexual couples in long-standing relationships</i>	Qualitativ Phänomenologisches Studiendesign	Ziel: Paare im Entscheidungsprozess für eine Brustrekonstruktion besser verstehen. Forschungsfrage: Was leitet die Entscheidung für oder gegen eine Brustrekonstruktion.	6
Begum et al., 2011 England	<i>An exploration of patient decision making for autologous breast reconstructive surgery following mastectomy</i>	Qualitativ Phänomenologisches Studiendesign	Ziel: Die Entscheidungsfindung von Frauen bezüglich einer primären oder sekundären autologen Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie zu untersuchen. Dabei standen die Gründe für eine Rekonstruktion, die Informationsquellen und Einflussfaktoren im Vordergrund.	6

Holland et al., 2016 England	<i>Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis</i>	Qualitativ Phänomenologisches Studiendesign	Ziel: Der Entscheidungsprozess jüngerer britischen Frauen bei einer Mastektomie untersucht. Es wurden die Erfahrungen der Frauen erfasst, die sich gegen eine Rekonstruktion entschieden und diese über ein Minimum von fünf Jahren aufrechterhalten haben. Die Autorinnen äussern, dass zu dieser Population nach ihrem Wissen noch keine Studien durchgeführt wurden.	6
Rubin & Tanenbaum 2011 Vereinigte Staaten	<i>"Does that make me a woman?": Breast cancer, mastectomy and breast reconstruction decisions among sexual minority women</i>	Qualitativ Phänomenologisches Studiendesign	Ziel: Schlüsselthemen in der Erfahrung sexueller Minderheiten bei der Entscheidungsfindung über die Brustrekonstruktion zu ermitteln, die eine feministische Analyse dieser Probleme ermöglichen können. Auf das Aussehen, die Sexualität und die Identität wurde der Schwerpunkt gelegt.	6

4.1 Studie von Morrow et al. (2014)

Das Ziel der Studie war es, die Rate der primären und sekundären Brustrekonstruktion sowie die Korrelate ihrer Verwendung in einer vielfältigen, bevölkerungsbezogenen Stichprobe zu untersuchen. Darüber hinaus haben die Autorinnen und Autoren versucht, die Haltung der Patientin gegenüber der Brustrekonstruktion zu untersuchen und herauszufinden, ob nach Abschluss der Krebsbehandlung ein erheblicher unerfüllter Brustrekonstruktionsbedarf besteht. Die meisten Studien, die die Brustrekonstruktion untersuchten, haben keine Patientinnen, die sich einer sekundären Brustkonstruktion unterzogen, einbezogen (Morrow, et al., 2014).

In der ersten Stichprobe wurden 3252 Frauen von Los Angeles, Kalifornien, Detroit und Michigan, die 20 bis 79 Jahre alt waren, eingeschlossen. Bei den Frauen wurde zwischen Juni 2005 und Februar 2007 Brustkrebs diagnostiziert und sie waren beim *National Cancer Institut* angemeldet. Die Stichprobe dieser Studie besteht aus denjenigen 485 Patientinnen, welche die Erstbefragung durchführten und die Nachfolgebefragung abgeschlossen hatten (Morrow, et al., 2014).

Die unabhängigen Variablen Alter, Bildungsstand, ethnische Zugehörigkeit, Zivilstand, Einkommen, Versicherungstyp und Raucherstatus wurden von den Patientinnen selbst angegeben. Medizinische Angaben wurden ebenfalls von den Patientinnen gemacht. Das Krebsstadium wurde dem *Surveillance, Epidemiology und End Results* (SEER) entnommen.

Zur Beurteilung des Entscheidungsprozesses der Brustrekonstruktion wurden die Patientinnen gebeten, drei Aussagen zum Entscheidungsprozess zuzustimmen oder nicht zuzustimmen. Hierfür wurde eine Likert-Skala verwendet, welche von eins (stimme überhaupt nicht zu) bis fünf (stimme voll zu) geht. Zur Ermittlung von Gründen, weshalb Patientinnen keine Brustrekonstruktion oder keine sekundäre Brustrekonstruktion durchführten, wurden vorgeschlagene Gründe ebenfalls mit einer Likert-Skala von eins (stimme überhaupt nicht zu) bis fünf (stimme voll zu) ermittelt (Morrow, et al., 2014).

Insgesamt hatten 41.6 Prozent der 485 mit Mastektomie behandelten Patientinnen, die krankheitsfrei geblieben waren, eine Brustrekonstruktion. 24.8 Prozent davon hatten eine primäre und 16.8 Prozent eine sekundäre Brustrekonstruktion. Die meisten Frauen gaben an, mit dem Entscheidungsprozess bezüglich der Brustrekonstruktion zufrieden zu sein. Unzufriedenheit kam besonders bei dunkelhäutigen Frauen und Latinas vor. Das Bildungsniveau und das Einkommen hatte dabei keinen Einfluss. Mit 48.5 Prozent wurde als primärer Grund keine Brustrekonstruktion zu machen, das Vermeiden einer zusätzlichen Operation angegeben. 33.8 Prozent der Teilnehmerinnen war die Brustrekonstruktion nicht wichtig. Ein weiterer häufiger Grund war mit 36.3 Prozent die Angst vor Implantaten. Frauen von ethnischen Minderheiten äusserten weniger oft die Gründe, eine zusätzliche Operation vermeiden zu wollen ($P < 0.001$) und dass ihnen eine Brustrekonstruktion nicht wichtig sei ($P = 0.04$) (Morrow, et al., 2014).

Auch bei anderen Gründen für einen Entscheid gegen die Brustrekonstruktion konnte ein Unterschied zu den ethnischen Minderheiten festgestellt werden. Dabei werden Bedenken hinsichtlich der Beeinflussung zwischen der Erkennung von Krebs, Komplikationen des Verfahrens, sich von der Arbeit oder der Familie zu trennen, Systembarrieren oder keinen Versicherungsschutz zu haben aufgezählt. Sich auf die Krebsbehandlung zu konzentrieren (68.7 Prozent), Notwendigkeit von Chemotherapie (50.7 Prozent) oder Strahlentherapie (26.3 Prozent) waren Gründe für eine sekundäre Brustrekonstruktion. Weniger als 15 Prozent gaben an, dass sie die Möglichkeit einer Brustrekonstruktion zum Zeitpunkt ihrer Brustkrebsoperation nicht kannten oder Probleme mit der Versicherung hatten. Nur 11.4 Prozent, die keine Brustrekonstruktion hatten, gaben an, sie würden das Verfahren noch in Erwägung ziehen (Morrow, et al., 2014).

Morrow et al. (2014) legen in der Studie nahe, dass eine verbesserte Aufklärung über die Sicherheit von Implantaten und die Auswirkungen der Brustrekonstruktion auf die Nachbehandlung nötig ist. Erforderlich ist die Entwicklung spezifischer Ansätze zur Behandlung von Patienten- und Systemfaktoren mit negativen Auswirkungen auf die Brustrekonstruktion von Frauen in der Minderheit.

Kritische Würdigung

Das Ziel der Studie wurde von Morrow et al. (2014) konkret definiert, allerdings wurde keine Hypothese beschrieben. In der Einleitung wurde die Relevanz des Themas aufgezeigt und wichtige Begriffe wurden erklärt. Dabei wurde vorhandene Literatur erwähnt und Bezug dazu genommen. Morrow et al. (2014) beschrieben in ihrer quantitativen Studie nicht, welches Studiendesign angewendet wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um ein Fallstudien-design handelt. Grund für diese Annahme ist, dass es sich um beschreibende Informationen über die Beziehung zwischen einer bestimmten Behandlung und einem Ergebnis handelt. Weiter ist keine Kontrollgruppe vorhanden. In diesem Studiendesign werden oft neue Themen untersucht, zu welchen es noch wenig Wissen gibt, was von Morrow et al. (2014) in der Einleitung beschrieben wird.

Die Stichprobe ist nachvollziehbar beschrieben, die Grösse ist passend zum Studiendesign gewählt und die Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. Eine Stichprobengrösse wurde nicht erwähnt und limitiert somit die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Die Datenanalyse wurde zwar beschrieben, die ausgewählten Instrumente jedoch nicht konkret begründet. Dies wirkt sich negativ auf die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit aus. Die Studie wurde dennoch von mehreren Universitäten genehmigt. Auf die Einwilligung wurde verzichtet, da die Autorinnen und Autoren der Meinung waren, dass der Abschluss der Umfrage die Zustimmung anzeigt. In der Studie wurde kein Prüfpfad beschrieben, was sich negativ auf die Zuverlässigkeit auswirkt.

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und mit Tabellen nachvollziehbar dargestellt. Das erhöht die Glaubwürdigkeit und Bestätigbarkeit. Weiter werden diese kritisch diskutiert und mit vorhandener Literatur verglichen. Limitationen sind nicht klar ersichtlich. Diese Studie weist das tiefste Evidenzlevel «Primärstudien» auf.

4.2 Studie von Manne et al. (2016)

Das erste Ziel dieser quantitativen Studie aus den Vereinigten Staaten war es, das Level des Wissens über Brustrekonstruktionen, Gründe, weshalb eine Brustrekonstruktion gewählt wird oder nicht, die Entscheidungsbereitschaft, der Entscheidungskonflikt und die zu erwartenden Entscheidungen zu charakterisieren. Das zweite Ziel war es, demographische und medizinische Faktoren, sowie das Wissen, Gründe für die Wahl von Brustrekonstruktion, Entscheidungsbereitschaft und Angst in Verbindung mit dem Entscheidungskonflikt zu evaluieren (Manne et al., 2016).

Die Forschenden stellen die Hypothese auf, dass die geringere Entscheidungsbereitschaft und die Angst im Zusammenhang mit geringerem Wissen und weniger Anzahl Gründe für die Wahl der Brustrekonstruktion steht (Manne et al., 2016).

Als Studiendesign wurde eine Querschnittstudie gewählt. Dabei wurden 55 Teilnehmerinnen anhand von Ausgangsdaten einer randomisierten Kontrollstudie* hinzugezogen. Mittels definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden Patientinnen von vier Krankenhäusern angesprochen. Die Patientinnen erhielten eine schriftliche Einverständniserklärung, welche sie unterzeichnen mussten (Manne et al., 2016).

Diese Studie wurde anhand des *Ottawa Decision Support Framework (ODSF)* durchgeführt. Dieses Konzept definiert Entscheidungskonflikte und die damit verbundenen Faktoren. Die Prädiktoren wurden anhand von diesem Konzept ausgewählt. Dazu gehört das Wissen über Brustrekonstruktionen, wahrgenommene Gründe, sich nicht für eine Brustrekonstruktion zu entscheiden, wahrgenommene Gründe für die Wahl der Brustrekonstruktion, die Bereitschaft, die Entscheidung zu treffen, und Angstzustände, welche zu den Faktoren des Entscheidungskonfliktes beitragen (Manne et al., 2016).

Zur Datensammlung wurde eine Umfrage mit 19 Fragen über das Wissen von Brustrekonstruktionen und eine Umfrage mit 33 Fragen zu den Gründen für oder gegen die Wahl einer Brustrekonstruktion ausgefüllt. Mittels verschiedener Skalen wurde die Entscheidungsbereitschaft, der Entscheidungskonflikt und der

Angstzustand gemessen. Die Eigenschaften der Stichprobe waren vorwiegend weiss, gebildet, unter 50 Jahre alt, verheiratet oder in einer festen Beziehung, eine vorhandene Krankenversicherung und in einer Beratung bezüglich einer Brustrekonstruktion (Manne et al., 2016).

Die Ergebnisse wurden in die Unterkategorien Gründe für oder gegen eine Brustrekonstruktion, beschreibende Informationen über die Stichprobe, Wissen, Entscheidungsbereitschaft, Entscheidungskonflikt, erwartete Entscheidung, Korrelate der erwarteten Entscheidung und Regressionsanalyse* als Vorhersage von Entscheidungskonflikten eingeteilt. Der meistgenannte Grund, eine Brustrekonstruktion zu wählen, war das Verlangen, nach der Operation mit zwei gleich grossen Brüsten aufzuwachen. Weiter würde das Erscheinungsbild ohne Brust und die Narbe beim Blick in den Spiegel stören. Die Frauen möchten sich vollkommen fühlen. Die Gründe für eine Entscheidung gegen eine Brustrekonstruktion sind, dass die Teilnehmerinnen keine zusätzlichen Operationen wollten oder sie sich Sorgen über die möglichen Risiken, Komplikationen und langfristigen Probleme machten. Ausserdem störten sie die Narben, die Schmerzen und sie fühlten sich unwohl, ihren Arzt nach einer Brustrekonstruktion zu fragen. Mit einem Durchschnitt von 34 Prozent wurde der Wissenstand über die Brustrekonstruktionen als tief eingestuft. Der Mittelwert der Entscheidungsbereitschaft betrug 2.56, wobei der mögliche Bereich zwischen eins und fünf lag. Der Entscheidungskonflikt war mit einem Durchschnitt von 33.5 von 100 Punkten tief. Frauen, welche sich von einem plastischen Chirurgen beraten liessen, hatten ein signifikant höheres Wissen über Brustrekonstruktionen ($p = 0.01$), eine höhere Entscheidungsbereitschaft ($p = 0.05$) und eine grössere Angst ($p = 0.05$). 22 Frauen gaben an, eine Entscheidung getroffen zu haben. 28 Frauen haben somit keine Entscheidung getroffen. Betroffene Frauen, welche sich nicht für eine Brustrekonstruktion entschieden haben, gaben signifikant mehr Gründe an ($p < 0.001$), hatten eine geringere Entscheidungsbereitschaft ($p < 0.001$) und einen grösseren Entscheidungskonflikt ($p < 0.001$). In der Regressionsanalyse wurde ersichtlich, dass eine längere Zeitspanne seit der Diagnose mit signifikant mehr Entscheidungskonflikten in Verbindung stand ($p = 0.05$) (Manne et al., 2016).

Kritische Würdigung

Die Ziele der Studie wurden klar definiert und mit einer Hypothese untermauert. In der Einleitung stützen sich die Forschenden auf vorherige Literatur und zeigen den Forschungsbedarf auf. Das Studiendesign wird in der Studie nicht erwähnt. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Querschnittsdesign gewählt wurde. Die Studie wurde anhand des Konzepts der *ODSF* geleitet. Der genaue Durchführungsort in den Vereinigten Staaten ist unklar.

Die Teilnehmerinnen wurden anhand von definierten Ein- und Ausschlusskriterien rekrutiert. In der Studie wird keine Stichprobengrösse beschrieben und limitiert somit die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen. Zur Datensammlung wurden zwei Umfragen über verschiedene Themenbereiche durchgeführt, die dem Studiendesign entsprechen. Die Datenanalyse wurde anhand einer deskriptiven Statistik, eines T-Tests*, einer Varianzanalyse* und einer Korrelation* durchgeführt. Die verwendeten Instrumente der Datenanalyse wurden sinnvoll gewählt. Besonders nachvollziehbar machen die Ergebnisse die deskriptiven Statistiken, welche für erhöhte Glaubwürdigkeit sorgen. Die Zustimmung vom Ethikkomitee und die Ausfallquote wurden nicht erwähnt. Die Teilnehmerinnen erhielten zur Unterzeichnung eine schriftliche Einverständniserklärung. Da kein Prüfpfad der Autorinnen und Autoren erwähnt wurde, senkt dies die Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit.

Die Ergebnisse sind mittels Kategorien und Tabellen klar und verständlich dargestellt. In der Diskussion werden die Ergebnisse behandelt, sie stimmen mit den Tabellen überein. Im Text wird immer wieder auf die Tabellen verwiesen. Dies vereinfacht das Verständnis und unterstützt die Zuverlässigkeit der Studie. Anhand von vorheriger Literatur werden die Ergebnisse in der Diskussion verglichen. Limitationen wurden genannt und Auswirkungen auf die Praxis werden erwähnt. Die Studie weist das tiefste Evidenzlevel «Primärstudien» auf.

4.3 Studie von Nelson et al. (2013)

Das Ziel dieser quantitativen Studie von Philadelphia war es, die Faktoren, welche zur Entscheidung einer sekundären Brustrekonstruktion führen, besser zu verstehen. Laut Nelson et al. (2013) ist der optimale Zeitpunkt einer Brustrekonstruktion weiterhin ein umstrittenes Thema.

Es wurde eine ausführliche Untersuchung der Aufzeichnungen von stationären und ambulanten Krankenhäusern zwischen 2005 und 2009 durchgeführt. Die Teilnehmerinnen wurden anhand des Zeitpunktes der Brustrekonstruktion aufgeteilt. Der Interventionsgruppe wurden die Teilnehmerinnen mit einer sekundären Brustrekonstruktion zugeteilt. Der Kontrollgruppe diejenigen mit einer primären Brustrekonstruktion. Dabei fokussierten sich die Forschenden auf die Patientenmerkmale und die Behandlung. Dies beinhaltete die Ethnizität, die Krankengeschichte, eine einseitige (laterale) oder beidseitige (bilaterale) Brustrekonstruktion, das onkologische Management, die Distanz zur Institution und das durchschnittliche Einkommen gemäss Postleitzahl. Weiter wurde allen Frauen der Interventionsgruppe ein Fragebogen im Herbst 2009 gemailt. Der Fragebogen widmete sich den Bereichen der Behandlungsentscheidung, der Auswahl der Brustrekonstruktion, der Beurteilung der Ergebnisse, den Informationsquellen und der Zufriedenheit der präoperativen Beratung (Nelson et al., 2013).

Im Zeitraum von 2005 bis 2009 unterzogen sich 709 Patientinnen einer autologen Brustrekonstruktion. Bei der Untersuchung der Grundmerkmale wurden keine Unterschiede bezüglich Alter, Body-Mass-Index (BMI) und Ethnizität festgestellt (Nelson et al., 2013).

Bei der Auswertung der Krankengeschichte wurde eine höhere Inzidenz von einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)*, sowie eine grössere Prävalenz* von Rauchern bei sekundären Brustrekonstruktionen festgestellt. Keinen signifikanten Unterschied gab es bezüglich der Distanz vom Wohnort zur Institution. In den Bereichen höheres Krebsstadium ($p = 0.001$), Strahlentherapie vor der Brustrekonstruktion ($p = 0.0001$), Chemotherapie vor der Brustrekonstruktion ($p = 0.0001$) und laterale Brustrekonstruktionen ($p =$

0.0001) traten bei der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikante Unterschiede ($p < 0.05$) auf. Die Patientinnen mit einer sekundären Brustrekonstruktion hatten ein höheres Krebsstadium, öfters eine Strahlen- oder Chemotherapie vor der Brustrekonstruktion und hatten eine laterale Brustrekonstruktion (Nelson et al., 2013).

Der Fragebogen wurde von 70 Teilnehmerinnen mit einer sekundären Brustrekonstruktion ausgefüllt, wobei die Verteilung zwischen lateral (51 Prozent) und bilateral (49 Prozent) fast ausgeglichen war. Zum Zeitpunkt der Mastektomie erklärten fast 20 Prozent, keine Beratung oder Diskussion bezüglich der Brustrekonstruktion gehabt zu haben. Beeinflusst wurden die Teilnehmerinnen durch das Verlangen, sich weiblich zu fühlen, natürlich auszusehen, die Möglichkeit, andere Kleidung zu tragen, und ihr Leben zurückzubekommen. Die meistgenannten Gründe zur Wahl einer sekundären Brustrekonstruktion waren, dass sie sich zum Zeitpunkt der Diagnose keine Sorgen um die Brustrekonstruktion machen wollten (55 Prozent), sie durch die Ärztin oder den Arzt empfohlen worden war (52 Prozent) oder dass sie bis zum Ende der Behandlung warten wollten (48 Prozent). Weitere Gründe waren das Abwarten der Strahlentherapie (38 Prozent) und dass sie keine Option hatten, eine primäre Brustrekonstruktion durchzuführen (30 Prozent) (Nelson et al., 2013).

Bezüglich der Zufriedenheit der Informationsquellen wurde ersichtlich, dass die Entscheidung stark von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten beeinflusst wurde. Weniger Einfluss darauf hatten Familie und Freunde. Die Teilnehmerinnen erhielten ausreichende Informationen über den Ablauf einer Brustrekonstruktion, die Heilung und die Genesung. Die Informationen zum Aussehen der Brüste nach der Operation und der Narbenbildung waren nicht ausreichend (Nelson et al., 2013).

Über das Ergebnis der Brustrekonstruktion wurde mehrheitlich Zufriedenheit geäußert. Dabei gaben 75 Prozent an, dass die Brustrekonstruktion ihr Leben zum Besseren verändert habe und 87 Prozent würden anderen Betroffenen das Gleiche raten. Bemerkenswert war jedoch, dass 45 Prozent eine primäre

Brustrekonstruktion gewählt hätten, wenn sie die Option dazu gehabt hätten (Nelson et al., 2013).

Kritische Würdigung

In dieser Studie wurden die Faktoren ersichtlich, welche zur Entscheidung einer sekundären Brustrekonstruktion führten. Das Ziel der Studie wird klar definiert, jedoch nicht mit einer Hypothese ergänzt. Die Forschenden stützen sich in der Einleitung auf vorherige Literatur und zeigen den Forschungsbedarf dieser Studie auf. Für diese quantitative Studie wurde eine retrospektive Kohortenstudie* als Studiendesign gewählt. Mittels eines Vergleichs zwischen den beiden Gruppen und einem Fragebogen wurde eine passende Methode zur Datensammlung und dem Studiendesign gewählt. Die Glaubwürdigkeit der Studie wird dadurch unterstützt.

In der Studie sind keine Ein- und Ausschlusskriterien definiert und genauere Angaben zu den Teilnehmerinnen sind nicht dargestellt. Dies wirkt sich negativ auf die Übertragbarkeit aus. In der Studie wird keine Stichprobengrösse beschrieben. Dies limitiert eine Übertragbarkeit der Ergebnisse zusätzlich.

Die Datenanalyse wurde anhand des Chi-Quadrat-Tests*, des Fisher-Tests* und dem Wilcoxon-Rank-Tests* durchgeführt. Der Grund, weshalb sie sich für diese Tests entschieden haben, wird nicht beschrieben. Die Tests sind passend zum Vergleichen von Variablen gewählt. Die Zustimmung vom Ethikkomitee und die Ausfallquote wurden nicht erwähnt. Die Studie wurde nicht von einer unabhängigen Person geprüft. Dies wirkt sich negativ auf die Bestätigbarkeit und Zuverlässigkeit aus.

Die Ergebnisse sind in mehreren Tabellen übersichtlich dargestellt und präzise formuliert. Sie werden diskutiert und stimmen mit der Tabelle überein. Auf die Tabellen wird im Text verwiesen, was der Verständlichkeit dient. Die Ergebnisse werden in der Diskussion mit vorheriger Literatur verglichen und es wird auf die Forschungsfrage Bezug genommen. Limitationen wurden genannt. Diese Studie weist das tiefste Evidenzlevel «Primärstudien» auf.

4.4 Studie von Fasse et al. (2017)

Das Ziel dieser qualitativen Studie aus Frankreich war es, Paare in ihrem Entscheidungsprozess für eine Brustrekonstruktion besser zu verstehen. Untersucht wurde die Forschungsfrage, was die Entscheidung für oder gegen eine Brustrekonstruktion leitet. Ein innovatives Merkmal dieser Studie ist die Stellungnahme als Paar hinsichtlich der Entscheidungsfindung (Fasse et al., 2017).

Das phänomenologisch gewählte Studiendesign erlaubte den Forschenden, das subjektive Erleben zu untersuchen und auf die individuellen Erfahrungen einzugehen. Anhand eines halbstrukturierten Interviews wurden neun Paare befragt. Im Interview wurden die Bereiche über die Entscheidung für eine Brustrekonstruktion und ihre potentielle Entwicklung über die Zeit, die Motivation für die Entscheidung, die individuellen Vorstellungen beziehungsweise Stellungnahmen und die Überzeugungen und Erwartungen des operativen Eingriffs erforscht. Das Interview wurde von zwei Psychologen durchgeführt. Mit der Zustimmung der Teilnehmenden wurde das Gespräch aufgenommen und wörtlich transkribiert. Die Studie wurde von den zugehörigen Institutionen genehmigt und nach den ethischen Richtlinien durchgeführt (Fasse et al., 2017).

Die 18 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren Teil einer grösseren Recherche und wurden für diese qualitative Studie anhand von definierten Ein- und Ausschlusskriterien rekrutiert. Zur Datenanalyse wurde ein induktiver Ansatz gewählt. Ein Thema wurde definiert, wenn es als eine signifikante Bedeutung charakterisiert wurde. Es wurde eine Codierung gebildet, welche von Forschenden diskutiert und validiert wurde (Fasse et al., 2017).

Die Frauen der Stichprobe waren zwischen 33 und 66 Jahren alt. Ihre Partner zwischen 40 und 76 Jahren. Im Durchschnitt betrug die Dauer der Beziehung 18 Jahre (Fasse et al., 2017).

In der Studie wurden insgesamt elf Oberthemen aufgezeigt, wobei sich die Forschenden für den externen Einfluss und den Einfluss des Partners auf die Entscheidungsfindung als die zwei wichtigsten Oberthemen entschieden. Die zwei Oberthemen wurden in Unterthemen aufgeteilt. Beim Thema des externen Einflusses berichteten die Teilnehmerinnen von der individuellen Betreuung, der

Gesundheitsversorgung, der beschränkten Erfahrung der Frau und ihrem Partner sowie der eigenen und intimen Entscheidung. Beim Einflusses des Partners auf die Entscheidungsfindung wurde über die gemeinsame Erfahrung des Pflegeprozesses, die emotionale Unterstützung und Bestätigung, die praktische Unterstützung, die Intimität, die Spannungen und über die beratende Funktion gesprochen (Fasse et al., 2017).

Kritische Würdigung

In dieser Studie wurden beeinflussende Faktoren von Paaren im Entscheidungsprozess ersichtlich. Das Ziel der Studie wurde klar definiert, jedoch nicht mit einer Hypothese ergänzt. In der Einleitung wird die Leserin und der Leser in die Thematik eingeführt und der Forschungsbedarf der Studie wird aufgezeigt. Die Forschenden stützen sich in der Einleitung auf vorherige Literatur.

Für diese qualitative Studie wurde ein phänomenologisches Studiendesign gewählt. Das Design erlaubt den Forschern das Phänomen des Erlebens zu untersuchen und ist somit passend gewählt. Der genaue Durchführungsort in Frankreich ist in der Studie nicht ersichtlich. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und alle Schritte der Analyse in einem wissenschaftlichen Team diskutiert. Die Codierung wurde von mehreren Forschenden überprüft, wodurch die Transparenz und die Bestätigbarkeit erhöht wird. Der Prozess der Datensammlung wurde nachvollziehbar und glaubwürdig beschrieben. Allerdings ist in der Studie nicht ersichtlich, wann eine Datensättigung erreicht wurde. Durch den fortlaufenden, reflexiven Forschungsprozess kann die Wahrhaftigkeit und Prüfbarkeit gewährleistet werden. Eine kommunikative Validierung zur Überprüfung der Daten war in dieser Studie nicht ersichtlich.

Laut Fasse et al. (2017) würde eine Studie mit einer grösseren Ausarbeitung die Übertragbarkeit auf die Bevölkerung verbessern. Die Ergebnisse wurden mit direkten Zitaten aus den Interviews beschrieben, was die Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit und Nachvollziehbarkeit der Studie unterstreicht. Die Ergebnisse wurden in der Diskussion mit vorheriger Literatur verglichen. Die Diskussion ist klar und verständlich beschrieben. Limitationen der Studie wurden genannt. Diese Studie weist das tiefste Evidenzlevel «Primärstudien» auf.

4.5 Studie von Begum et al. (2011)

Das Ziel dieser qualitativen Studie war es, die Entscheidungsfindung von Frauen hinsichtlich einer primären oder sekundären autologen Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie zu untersuchen. Dabei standen die Gründe für eine Brustrekonstruktion, die Informationsquellen und Einflussfaktoren im Vordergrund. Broadstock (2000, zit. nach Begum et al., 2010) beschrieb, dass Frauen, welche mit emotionalen Gesundheitssituationen, wie beispielsweise der Entscheidung zu einer rekonstruktiven Operation, konfrontiert sind, eher befriedigende als ideale Entscheidungen akzeptieren. Broadstock (2000, zit. nach Begum et al., 2010) geht davon aus, dass sie wahrscheinlich von der Situation, in welcher die Entscheidungsfindung stattfindet, beeinflusst werden (Begum et al., 2010).

Mittels einer willkürlichen Stichprobe von zwei plastischen Chirurgen eines Londoner Lehrkrankenhauses wurden anhand von definierten Ein- und Ausschlusskriterien 30 Frauen angesprochen. 21 Frauen haben an der Studie teilgenommen und wurden mittels eines halbstrukturierten Interviews zur Brustrekonstruktion befragt. Die wortgetreuen Transkripte wurden analysiert, codiert und in Themen und Unterthemen gruppiert.

Gründe für eine Brustrekonstruktion können Bedenken zum Körperbild, vermindertes Selbstbewusstsein und ein kohärentes Gefühl der eigenen Identität sein. Die Frauen äusserten, dass durch die Brustrekonstruktion die emotionale Wirkung einer einzelnen Brust reduziert, die Weiblichkeit aufrechterhalten und die Erinnerung an den Krebs beseitigt wird. Im Entscheidungsprozess sind medizinische Fachpersonen eine Unterstützung. Wichtig dabei ist das Vertrauen in das noch ungewisse Ergebnis und der Ruf der Chirurgin oder des Chirurgen. Die Entscheidung kann auch durch die Autorität und die Befolgung der Ratschläge einer Chirurgin oder eines Chirurgen beeinflusst werden (Begum et al., 2010).

Gründe für eine primäre Brustrekonstruktion waren die Vermeidung von emotionalem und physischem Umgang von mehreren Verfahren und das Zeitmanagement im Zusammenhang mit der Erziehung und Betreuung von Kleinkin-

dern. Aus finanzieller Sicht ist eine primäre Brustrekonstruktion kostengünstiger und die Arbeitsfreistellung wurde von betroffenen Frauen als Vorteil erwähnt (Begum et al., 2010).

Bei den Gründen für eine sekundäre Brustrekonstruktion steht der Mangel der Wahlmöglichkeiten während dem Entscheidungsprozess im Vordergrund. Bei einigen Frauen fand die Brustrekonstruktion verspätet statt, da die Notwendigkeit von zusätzlichen Behandlungen oder Vorkehrungen für eine Brustrekonstruktion keine Wahlmöglichkeit für den Zeitpunkt zuliess. Weitere Frauen äusserten Unzufriedenheit mit der Prothese, wobei festgestellt wurde, dass diese in falscher Form oder Grösse getragen wurden. Durch die Prothese werden auch die Auswahl der Kleider und der Lebensstil eingeschränkt und ist eine Ursache für potenzielle Angst und Verlegenheit (Begum et al., 2010).

Der Entscheidungsprozess wird von der erhaltenen Information zu verschiedenen Brustrekonstruktionen, Ergebnissen und Genesungsprozessen beeinflusst. Aus der Studie ist hervorgekommen, dass die bei der Erstkonsultation erhaltenen Informationen von der Ärztin oder dem Arzt oft nicht verstanden wurden. Einige Frauen vermieden negative Informationen und konzentrierten sich bewusst nur auf die positiven Aspekte, da sie in ihrer Entscheidung nicht beeinflusst werden wollten. Weiter wurde der Einfluss auf den Entscheidungsprozess durch Vorher-Nachher-Bilder einer Brustrekonstruktion beschrieben (Begum et al., 2010).

Die Studie zeigt die Individualität und Komplexität des Entscheidungsprozesses der betroffenen Frauen auf und betont die Wichtigkeit einer glaubwürdigen und individuellen Informationsquelle. Dabei wird die Notwendigkeit neuer massgeschneiderten Methoden erwähnt, um den Informationsbedürfnissen der betroffenen Frauen gerecht zu werden. Einige Frauen suchen Informationen und andere vermeiden diese. Um von Entscheidungshilfen wie Broschüren, Fotos und Videos profitieren zu können, sind weitere Studien erforderlich, welche die Verwendung eines solchen Mediums analysieren (Begum et al., 2010).

Kritische Würdigung

Begum et al. (2010) führt in der Einleitung mittels vorhandener Literatur in die Thematik ein. Wichtige Begriffe wurden definiert und die Relevanz der Forschungsfrage wurde nachvollziehbar beschrieben. Nicht ersichtlich ist die Vertrautheit der Autorinnen und Autoren mit dem Thema. Das Ziel der Studie ist explizit dargestellt. Das phänomenologische Forschungsdesign ist in der qualitativen Studie klar ersichtlich. Die verwendete Methode zur Datensammlung mittels semistrukturierten Interviews passt zum Design und bezieht sich auf das subjektive Erlebnis der Frauen. Die Studie wurde von einem Ethikkomitee genehmigt und die Teilnehmerinnen wurden um ihr Einverständnis gebeten. Die Stichprobensammlung ist für das Design geeignet und es wurden klare Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Die Studie kann anhand der transparenten Stichprobensammlung auf andere Populationen übertragen werden. Die Datensammlung wurde im Vereinigten Königreich durchgeführt, jedoch ist kein genauer Ort in der Studie angegeben. Ebenfalls nicht ersichtlich ist die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmerinnen, sowie die Annahmen der Autorinnen und Autoren zu Beginn der Studie.

Die Datenanalyse ist in der Studie nachvollziehbar beschrieben. Die Themen und Unterthemen sind in den Ergebnissen ersichtlich, welche mit Hilfe der Rahmenanalyse nach Richie et al. (2000, zit. nach Begum et al., 2010) herausgearbeitet wurden. Positiv auf die Zuverlässigkeit wirkt sich aus, dass die Transkripte von zwei unabhängigen Forschenden analysiert wurden. Dem phänomenologischen Forschungsdesign entsprechend stehen die Erfahrungen der Frauen im Fokus. Diese sind mittels Zitaten passend dargestellt und erhöhen die Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit. Die Ergebnisse sind übersichtlich und nachvollziehbar beschrieben. Von den Autorinnen und Autoren werden die Limitationen der Studie nicht erwähnt. In der Diskussion werden die Ergebnisse mit anderer Literatur verglichen und kritisch hinterfragt, was die Bestätigbarkeit erhöht. Diese Studie weist das tiefste Evidenzlevel «Primärstudien» auf.

4.6 Studie von Holland et al. (2016)

In der Studie wurde der Entscheidungsprozess junger britischer Frauen bei einer Mastektomie untersucht. Es wurde die Erfahrung der Frauen erfasst, welche sich gegen eine Brustrekonstruktion entschieden und diese über ein Minimum von fünf Jahren aufrechterhalten haben. Die Studie von Truelsen (2003, zit. nach Holland et al., 2016) beschreibt die Entscheidung von acht Frauen mit primärer, sekundärer oder keiner Brustrekonstruktion. In der Studie wurde festgestellt, dass Frauen, die keine Brustrekonstruktion gemacht haben, sich darauf konzentrierten, zu leben (Holland et al., 2016).

Mittels einer Anzeige über ein Brustkrebs-Wohltätigkeitsforum wurden sechs Frauen anhand definierten Ein- und Ausschlusskriterien in die Studie miteinbezogen. Die in England lebhaften Frauen waren alle keine Kandidatinnen für eine primäre Brustrekonstruktion, sondern ausschliesslich für eine sekundäre Brustrekonstruktion. Das Erleben des Entscheidungsprozesses wurde mit halbstrukturierten Interviews erfragt. Die wortgetreuen Transkripte wurden narrativ zusammengefasst und in Themen und Unterthemen anhand der Empfehlung der interpretativen phänomenologischen Analyse nach Smith (2009, zit. nach Holland et al., 2016) eingeteilt.

Die zusätzliche Zeit, die die Frauen bis zu einer sekundären Brustrekonstruktion hatten, ermöglichte ihnen, nachzudenken und Informationen zu sammeln, um eine fundierte Entscheidung zu treffen. In der Studie stellte sich heraus, dass die betroffenen Frauen nicht bereit waren, ein zusätzliches Wahlverfahren durchzuführen, welches als kosmetisch oder unwichtig für das Überleben und für ihre Lebensqualität angesehen wurde (Holland et al., 2016).

Es wurde ein Mangel an patientenorientierter Praxis wahrgenommen. Die Frauen erlebten die Pflegefachpersonen mit Spezialisierung auf Brustkrebs eher auf die Beratung ausgerichtet als die Chirurgeninnen und Chirurgen. Eine Teilnehmerin erwähnte in ihrem Interview, wie die Pflegefachperson das Leben mit einer rekonstruierten Brust beschrieb (Holland et al., 2016).

Einige Frauen wünschten sich mehr positive Unterstützung und, dass sie nicht als schwierige Patientin gesehen werden. Die Entscheidung ist mit vielen Emotionen und Angst verbunden, wobei diese sich weniger auf den Verlust der Brust, sondern vielmehr auf den Prozess der Unterstützung ihrer Entscheidung bezogen haben (Holland et al., 2016).

Obwohl die Brustrekonstruktion für die Frauen als eine mögliche Option anerkannt wurde, wünschten sie sich, dass trotz ihres jungen Alters, nicht davon ausgegangen werden soll, dass sie eine Brustrekonstruktion möchten. In der Studie wird ersichtlich, dass bei Frauen, welche keine Brustrekonstruktion machen, die Unterstützungsmöglichkeiten verbessert werden müssen. Einige Frauen wünschten sich eine zusätzliche, unabhängige Beratung zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses. Nach Aussagen der Frauen beeinflusste der Prozess die Beziehung zum Ärzteteam teilweise negativ (Holland et al., 2016).

Kritische Würdigung

Holland et al. (2016) definieren in der Einleitung wichtige Begriffe, leiten in das Thema mit vorhandener Literatur ein und beschreiben die Relevanz der Studie. Das Ziel ist konkret beschrieben. Da die Autorinnen sich als «Onkologieteam» beschreiben, kann davon ausgegangen werden, dass sie mit der Thematik vertraut sind, jedoch ist dies nur eine Annahme der Autorinnen der Literaturarbeit. Das phänomenologische Forschungsdesign ist passend für die qualitative Studie, wird klar erwähnt und begründet. Ebenfalls dem Design entsprechend wurde als Methode zur Datensammlung das Interview gewählt. Dabei wird das Erleben des Entscheidungsprozesses der Frauen erfasst. Für die Teilnahme wurde ein Einverständnis jeder Teilnehmerin eingeholt. Ein Ethikkomitee einer Universität für Psychologie hat die Studie genehmigt und sie entsprach den ethischen Standards der *British Psychological Society*. Dies erhöht die Zuverlässigkeit, allerdings wurde kein Nachweis eines Prüfpfades beschrieben. Die Stichprobensammlung ist nachvollziehbar beschrieben und stellt mit sechs Teilnehmerinnen eine eher kleine Population dar. Dies ist jedoch nicht unüblich für eine phänomenologische Studie. Trotzdem ist durch die genaue Beschreibung der

Stichprobensammlung eine Übertragung auf andere Populationen möglich. Der genaue Durchführungsort in England wird in der Studie nicht erwähnt. Es wird aber beschrieben, dass die Autorinnen mit den Teilnehmerinnen eine möglichst grosse geografische Fläche abdecken wollten. Ebenfalls ist in der Studie die Beziehung zwischen den Autorinnen und den Teilnehmerinnen nicht ersichtlich.

Die Datensammlung ist nachvollziehbar und die verwendeten Hilfsmittel zur Datenerfassung wurden plausibel begründet. Zitate wurden zum besseren Verständnis und zur Hervorhebung der Themen sinnvoll eingesetzt, was die Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit erhöht. Zur Erstellung der Themen und Unterthemen wurde die interpretative phänomenologische Analyse nach Smith (2009, zit. nach Holland et al., 2016) verwendet, welche sinnvoll gewählt wurden. Die Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt, werden in der Diskussion kritisch hinterfragt und mit anderen Ergebnissen von Studien verglichen. Dies erhöht die Bestätigbarkeit, obwohl keine externe Person erwähnte wurde, die eine Begutachtung durchführte. Holland et al. (2016) beschreiben Limitationen der Arbeit klar und begründen diese nachvollziehbar. Die Studie weist das tiefste Evidenzlevel «Primärstudien» auf.

4.7 Studie von Rubin und Tanenbaum (2011)

In der Studie von Rubin und Tanenbaum (2011) wurde der Entscheidungsprozess hinsichtlich einer Brustrekonstruktion von Frauen nach einer Mastektomie, die einer sexuellen Minderheit angehören, im Fokus auf das Aussehen, der Sexualität und der Identität untersucht.

In Fokusgruppenstudien wurde festgestellt, dass lesbische Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen weniger zufrieden mit der Behandlung sind. Lorde (1997, zit. nach Rubin & Tanenbaum, 2011) machte sich Sorgen über die Annahme von Organisationen, Ärztinnen und Ärzten, welche irgend eine Form von Brustersatz als wesentliches Element der Überlebensfähigkeit sehen. Die Autorinnen beschreiben Aussagen von anderen Forschenden, welche vermuten, dass Frauen von sexuellen Minderheiten weniger anfällig für Bedenken am eigenen Körperbild durch einen objektivierenden männlichen Blick sind (Rubin & Tanenbaum, 2011).

Die 13 lesbischen oder bisexuellen Teilnehmerinnen wurden über ein Rundschreiben in New York und eine Internet-Gemeinschaft für junge Frauen mit Brustkrebs rekrutiert. Elf von den Frauen hatten eine Brustrekonstruktion nach der Mastektomie. Zwei der Frauen hatten sich dagegen entschieden. In einem Interview wurde das subjektive Erleben des Entscheidungsprozesses der Frauen erfragt. Die Datenanalyse wurde anhand der theoretischen Analyse gemacht. Die Transkripte wurden sorgfältig gelesen, Codes generiert und Schlüsselthemen identifiziert. Die in der Studie verwendete Analyse basiert auf theoretischen Ansätzen zur Brusterkrankung innerhalb der feministischen Psychologie (Rubin & Tanenbaum, 2011).

Die Frauen äusserten als Gründe für eine Brustrekonstruktion den Wunsch nach Symmetrie, die Vermeidung von äusseren Prothesen, den Wunsch nach «Ganzheitlichkeit» und «normal» auszusehen. Einige haben die Vorstellung von der Genesung und Umwandlung von einem kranken und einem gesunden Körper mit einer Brustrekonstruktion verbunden. Die Entscheidung gegen eine Brustrekonstruktion wurde von den Bedenken zu den Implantaten und der Vermeidung einer weiteren Operation und Schmerzen beeinflusst. Die Frauen be-

richteten, dass Ärzte die Brustrekonstruktion als «normalen Schritt» der Behandlung nach einer Mastektomie aufgezeigt haben. Einige äusserten, dass die Option einer Mastektomie ohne Brustrekonstruktion nicht diskutiert wurde. Frauen hatten teilweise das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, weshalb sie keine Brustrekonstruktion haben möchten. In einer «rosafarbenen» Brustkrebskultur können Frauen, die sich fragen, ob sie eine Brustrekonstruktion machen möchten oder nicht, als oppositionell angesehen werden, da sie eine politische Aussage mit ihrem Körper machen wollen. Während eine Frau ihre Entscheidung aus ästhetischen Gründen trifft, war es für eine andere eine politische Entscheidung (Rubin & Tanenbaum, 2011).

Rubin und Tanenbaum (2011) gehen aufgrund der Ergebnisse davon aus, dass Frauen sexueller Minderheiten, die eine Mastektomie hatten, mit den gleichen Ängsten hinsichtlich des Brustverlusts konfrontiert sind, wie heterosexuelle Frauen. Es wird nahegelegt, dass die sexuelle Identität nicht der einzige Einflussfaktor auf die Entscheidung von den betroffenen Frauen für oder gegen die Brustrekonstruktion ist (Rubin & Tanenbaum, 2011).

Kritische Würdigung

In der Einleitung der Studie von Rubin und Tanenbaum (2011) werden wichtige Begriffe erklärt und anhand von vorhandener Literatur wird die Relevanz der Studie begründet. Das Ziel ist klar definiert, jedoch ist unbekannt, inwiefern die Autorinnen mit der Thematik vertraut sind. Das phänomenologische Forschungsdesign wird zwar in der qualitativen Studie nicht konkret erwähnt, aber es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um dieses Design handelt. Gründe dafür sind die Grösse der Population, die Methodenwahl und das Interview, das zur Datensammlung angewendet wurde. Ebenfalls einen Hinweis auf das Design ist der Schwerpunkt auf das subjektive Erleben des Entscheidungsprozesses für oder gegen eine Brustrekonstruktion. Das Erleben kann in einem Interview gut erfragt werden. Einen negativen Einfluss auf die Zuverlässigkeit hat, dass Rubin und Tanenbaum (2011) nicht erwähnt haben, ob die Teilnehmerinnen eine Einverständniserklärung abgeben mussten und, ob ein Ethikkomitee die Studie genehmigt hat. Einen positiven Einfluss hingegen hat die Tat-

sache, dass die Transkripte von beiden Autorinnen unabhängig voneinander ausgearbeitet und codiert wurden. Die Stichprobensammlung ist nachvollziehbar beschrieben und somit übertragbar auf andere Populationen. Nicht beschrieben wurde die Beziehung zwischen den Autorinnen und den Teilnehmerinnen, wobei davon ausgegangen werden kann, dass sich diese nicht bekannt waren, da sie über ein Rundschreiben und eine Internet-Gemeinschaft rekrutiert wurden. Der Durchführungsort wird klar erwähnt.

Die Datenanalyse wurde nachvollziehbar beschrieben und die verwendeten Hilfsmittel wurden erklärt und begründet. Eine theoretische Version von der thematischen Analyse nach Braun und Clark (2006, zit. nach Rubin & Tanenbaum, 2011) wurde zur Datenanalyse verwendet.

Die Ergebnisse sind übersichtlich dargestellt und Zitate von den Interviews untermauern Aussagen der Autorinnen. Dadurch wurden die Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit erhöht. In der Studie wurden keine externen Personen erwähnt, welche eine Begutachtung durchführten, was die Bestätigbarkeit vermindert. Positiv beeinflusst wird die Bestätigbarkeit durch die in der Diskussion kritisch hinterfragten Ergebnissen, die auch mit vorhandener Literatur verglichen wurden. Limitationen wurden in der Studie klar beschrieben und begründet. Diese Studie weist das tiefste Evidenzlevel «Primärstudien» auf.

5 Diskussion

Das Ziel dieser Literaturarbeit ist es, die beeinflussenden Faktoren im Entscheidungsprozess für eine sekundäre Brustrekonstruktion einer betroffenen Frau aufzuzeigen. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den inkludierten Studien kritisch diskutiert. Dafür wurde eine subjektive Einteilung in die vier Dimensionen körperlich, psychisch, sozial und spirituell durch die Autorinnen gemacht, welche sich nicht an einem bestimmten Muster orientiert. Die beeinflussenden Faktoren nach den vier Dimensionen sind in der Tabelle 5 auf Seite 48 dargestellt. Die Ergebnisse beeinflussen sich gegenseitig und überschneiden sich teilweise. Anschliessend an die Diskussion werden die Ergebnisse im Theorie-Praxis-Transfer anhand des Beratungsmodelles nach Doll und Hummel-Gaatz (2006) aufgezeigt. Weiter werden die Limitationen dieser Literaturarbeit dargestellt.

Tabelle 5

Beeinflussende Faktoren nach den vier Dimensionen entnommen von Doll und Hummel-Gaatz (2006)
angepasst durch Daphné Bolliger und Sina Léonie Hurschler

4 Dimensionen	Beeinflussende Faktoren im Entscheidungsprozess
körperlich	Therapienotwendigkeit, mögliche Risiken und Komplikationen der Operation, Narben, zusätzliche Schmerzen, Körperbild, Gefühl von Weiblichkeit, natürlich aussehen, Identität erhalten, Mangel an Wahlmöglichkeit
psychisch	«Ganzheitlichkeit», Intimität, das eigene Leben zurückbekommen, Krebserinnerung beseitigen, bereitstellen von Informationen, tiefer Wissensstand, «normaler Behandlungsschritt», für Entscheidung rechtfertigen, Beziehung zum Partner verbessern, sexuelle Beziehung verbessern, Angst, Zufriedenheit mit Resultat und Entscheidungsprozess
sozial	Einfluss des Partners, zusätzliche Operation vermeiden, Kinderversorgung, Autorität der Ärztinnen und Ärzten, emotionale Unterstützung und Bestätigung der Angehörigen, Spannungen mit Partner
spirituell	«rosafarbene» Brustkrebskultur, politische Ansicht

5.1 Körperliche Dimension

Der beeinflussende Faktor, welcher in den verwendeten Studien am meisten genannt wurde, ist das Körperbild (Begum et al., 2010; Manne et al., 2016; Nelson et al. 2013; Rubin & Tanenbaum, 2011). In der Studie von Manne et al. (2016) wurde von Teilnehmerinnen geäußert, dass der Anblick nur mit einer Brust stören würde und die Frauen möchten, dass beide Brüste gleich gross sind. Begum et al. (2011) bringt zusätzlich die Aufrechterhaltung der Weiblichkeit sowie negative Gefühle, die bezüglich dem veränderten Körperbild entstehen können, in den Vordergrund. Rubin und Tanenbaum (2011) schliesst sich der Studie von Manne et al. (2016) bezüglich des Wunsches der Symmetrie der Brüste an. Hierbei ist es interessant anzumerken, dass es sich in der Studie von Rubin und Tanenbaum (2011) um Frauen sexueller Minderheiten handelt. Diese Frauen äusserten weitere Schmerzen, Komplikationen und langfristige Probleme vermeiden zu wollen (Rubin & Tanenbaum, 2011). Diese Aussage wird auch in der Studie von Manne et al. (2016) von den betroffenen Frauen unterstützt.

Weiter haben die Frauen das Verlangen sich weiblich zu fühlen und natürlich auszusehen geäußert (Nelson et al., 2013). Im Zusammenhang mit dem veränderten Körperbild besteht laut Manne et al. (2016) auch der Wunsch, dass die Frauen mit zwei vorhandenen Brüsten nach der Operation aufwachen. Ditz et al. (2006) unterstützen, dass die betroffenen Frauen negative Vorstellungen zum Körperbild, Unzufriedenheit mit dem Aussehen und Verlust der Weiblichkeit entwickeln können. Das Körperbild kann hier im Zusammenhang mit dem Verlangen die eigene Identität zu erhalten stehen (Begum et al., 2010). Ein Grund, weshalb sich die betroffenen Frauen gegen eine Brustrekonstruktion entschieden, war der Mangel an Wahlmöglichkeiten (Begum et al., 2010). Morrow et al., (2014) und Nelson et al. (2013) erläutern, dass kein Angebot zum Zeitpunkt der Mastektomie für eine Brustrekonstruktion bestand oder sie keine primäre Brustrekonstruktion durchführen konnten. In den Studien von Begum et al. (2010), Morrow et al. (2014) und Nelson et al. (2013) wurde ausserdem über die Notwendigkeit der Behandlung gesprochen. Die Strahlen- und Chemotherapie stand im Vordergrund und es musste bis zur Vollendung abgewartet wer-

den. Erst dann war eine Brustrekonstruktion möglich (Morrow et al., 2014; Nelson et al., 2013).

5.2 Psychische Dimension:

Der beeinflussende Faktor, der als wichtig erschien, ist dass die Frauen ihre Krebsdiagnose vergessen möchten (Begum et al., 2010; Manne et al., 2016; Rubin & Tanenbaum, 2011). Sie wollen ihre persönlichen Erinnerungen und die des sozialen Umfeldes an den Krebs beseitigen (Begum et al., 2010; Rubin & Tanenbaum, 2011). Dieser beeinflussende Faktor wird in der Studie von McKean, Newman und Adair (2013) unterstützt. Die Frauen äusserten, mit der Brustrekonstruktion die finale Phase zu sehen und, dass sie danach in die krebsfreie Zukunft schauen können (McKean et al., 2013). Zusätzlich wird von der Unzufriedenheit, den Bedenken und den Ängsten in Bezug auf die implantierten Brustprothesen gesprochen (Begum et al., 2010; Morrow et al., 2014; Rubin & Tanenbaum, 2011). Dieser Aussage widerspricht jedoch, dass die Frauen sich als «ganz» fühlen möchten (Manne et al., 2016; Rubin & Tanenbaum, 2011). In zwei Studien wurde erwähnt, dass den Frauen die Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie als der «normale» Behandlungsweg durch das ärztliche Personal vermittelt wurde (Rubin & Tanenbaum, 2011; Holland et al., 2016). Einer Teilnehmerin wurde die Brustrekonstruktion gar als optimale Wahl und das Nicht-Rekonstruieren als unattraktive Option präsentiert (Holland et al., 2016).

Weitere Teilnehmerinnen in der Studie von Rubin und Tanenbaum (2011), welche sich gegen eine Brustrekonstruktion entschieden haben, äusserten, sich bei den Ärztinnen und Ärzten für ihre Entscheidung rechtfertigen zu müssen. Schlussendlich möchten die Frauen ihre sexuelle Beziehung verbessern, welche sich aufgrund der Mastektomie verändern kann (Manne et al., 2016). Fasse et al. (2017) bestätigt, dass eine Veränderung der Libido und somit dem Sexualeben entsteht. Die Studie von Marshall und Kiemle (2005) unterstützt diesen beeinflussenden Faktor dieser Literaturarbeit. Die betroffenen Frauen äusserten Bedenken zum möglichen Einfluss der Mastektomie auf den Partner und ihre sexuelle Beziehung (Marshall & Kiemle, 2005). In dieser Dimension werden

Aussagen von drei unterschiedlichen Populationen, den betroffenen Frauen, den Frauen sexueller Minderheiten und Paaren aufgenommen. Zwischen den Populationen sind keine Abweichungen der Aussagen ersichtlich.

5.3 Soziale Dimension

Obwohl sich hauptsächlich die Studie von Fasse et al. (2017), der einbezogenen Studien dieser Literaturarbeit, mit dem Einfluss der Partnerin oder des Partners beschäftigt, scheint dieser eine wesentliche Relevanz aufzuzeigen. Manne et al. (2016) erwähnt diesen beeinflussenden Faktor ebenfalls. In der Studie von Begum et al. (2010) wurde geäußert, dass die Angehörigen ebenfalls eine Unterstützung im Entscheidungsprozess waren. Bei den Angehörigen kann es sich dabei um Partnerinnen, Partner, Familie und Bekannte handeln. Die Krebsdiagnose verursacht auch Spannungen und Auseinandersetzungen in der Beziehung (Fasse et al., 2017). Trotzdem stellten die Partnerinnen und die Partner für die betroffenen Frauen eine emotionale Unterstützung dar und gaben ihnen Bestätigung (Fasse et al., 2017). Die betroffenen Frauen haben geäußert, dass die Partnerin oder der Partner eine beratende Funktion übernommen hat (Fasse et al., 2017). Weitere Literatur, wie die Studie von Marshall und Kiemle (2005), bestätigen dies. Die Frauen äusserten, die Beziehung als eine Unterstützung zu sehen und es hat ihnen geholfen, mit ihrer Partnerin oder ihrem Partner über ihre Situation zu diskutieren (Marshall & Kiemle, 2005).

In der Studie von Fasse et al. (2017) sprechen die Frauen auch von der praktischen Unterstützung im Sinne von organisatorischer Hilfe der Partnerin oder des Partners und der gemeinsamen Erfahrung des Pflegeprozesses. Ein weiterer beeinflussender Faktor, welcher nur kurz allerdings in mehreren Studien erwähnt wurde, ist, dass die Frauen eine zusätzliche Operation vermeiden wollten (Morrow et al., 2014; Manne et al., 2016; Rubin & Tanenbaum, 2011). Weiter äusserten die betroffenen Frauen nicht genug Informationen erhalten zu haben (Nelson et al., 2013). Zum Thema wie eine Brustrekonstruktion durchgeführt wird, wurden sie nach eigenen Aussagen genügend informiert. Zu den Komplikationen, der Heilung und den Narben haben ihnen hingegen Informationen gefehlt (Nelson et al., 2013). Die Studie von Manne et al. (2016) erläutert,

dass generell ein tiefer Wissensstand über die Brustrekonstruktion bestand, was auf die ungenügende Informationsvermittlung zurückzuführen ist. Ausserdem haben die betroffenen Frauen geäussert, die erhaltenen Informationen nicht verstanden zu haben (Begum et al., 2010). Laut der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (=SAMW) (2013) ist die Aufgabe des ärztlichen Personals die Gründe, den Zweck, die Art, die Modalitäten, die Risiken, die Nebenwirkungen, die Kosten, die Folgen eines Unterlassens der Behandlung sowie über allfällige alternative Behandlungsmöglichkeiten, die Patientinnen aufzuklären. Die Chirurgin oder der Chirurg kann eine Empfehlung abgeben, jedoch liegt die Entscheidung, wenn Alternativen vorliegen, bei der betroffenen Frau selbst (SAMW, 2013). Andererseits wurde in der Studie von Fasse et al. (2017) von einigen Teilnehmerinnen erwähnt, dass es ihnen wohler war, wenn die Ärztin oder der Arzt diese Entscheidung übernahm.

5.4 Spirituelle Dimension

Ein weiterer beeinflussender Faktor ist die politische Ansicht der Brustrekonstruktion, welcher jedoch nur in der Studie von Rubin und Tanenbaum (2011) beschrieben wird. In einer «rosafarbenen» Brustkrebskultur können Frauen, die sich mit der Frage auseinandersetzen, ob sie eine Brustrekonstruktion machen oder nicht, als oppositionell angesehen werden, da sie eine politische Aussage mit ihrem Körper machen. Die Entscheidung, ob eine Frau eine Brustrekonstruktion macht oder nicht, sollte auf den persönlichen Werten und Präferenzen der betroffenen Frauen basieren (Rubin & Tanenbaum, 2011).

Die betroffenen Frauen zeigten Vorbehalte «der Typ von Person» zu sein, welche eine kosmetische Operation macht. In Bezug auf die kosmetische Operation wird eine Bestätigung der Objektivierung der Frau unterstützt. Die Teilnehmerinnen äusserten, trotz dem stolzen, mutigen Image von Brustkrebs, mehr Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Gefühle, ausgelöst durch den Brustkrebs und seinen körperlichen Auswirkungen zu haben. Die einen bezeichnen ihre Entscheidung als ästhetisch und die anderen als politisch (Rubin & Tanenbaum, 2011).

Rubin und Tanenbaum (2011) beschrieben in der Studie den Einfluss politischer und gesellschaftlicher Ansichten und Vorurteilen, welche von Krause (2018) ebenfalls beschrieben werden. Laut Krause (2018) wird ein uniformes Körperbild vor allem durch die visuellen Medien vermittelt, wobei das soziale Schönheitsideal in einer Wechselwirkung mit den Medien steht. Durch die Medien werden Schönheitsvorstellungen in der Gesellschaft transportiert. Weiter wird die Normalitätseinschätzung durch die Sichtbarkeit und Bewusstmachung beeinflusst. Die Entscheidung der betroffenen Frauen für eine Schönheitsoperation findet in einem sozialen Spannungsfeld zugunsten von vermuteten Vorteilen statt. Dazu gehört jedoch ein vorübergehender Verzicht auf körperliche Intaktheit (Krause, 2018).

5.5 Theorie-Praxis-Transfer

In der Onkologie liegt der Fokus der Pflege auf der Unterstützung der Patientinnen in ihrer Krankheitsbewältigung. Das Thema Beratung in der Pflege gewinnt durch den Wandel des Krankheitsspektrums hin zur Dominanz von chronischen Erkrankungen an Bedeutung (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

In diesem Abschnitt wird zuerst unsere Population und das Setting der Literaturarbeit auf das Modell HUGADO übertragen. Weiter werden die beeinflussenden Faktoren in Bezug auf das Modell erläutert. Dabei liegt der Schwerpunkt des Theorie-Praxis-Transfers auf der Interaktion zwischen der «Lebenswelt Patient» und dem «Betreuungssystem». Im Anschluss wird anhand vom Beratungsprozess eine mögliche Beratung zwischen der Pflege und der Patientin dargestellt.

In der «Lebenswelt Patient» stellen die Patientinnen die betroffenen Frauen nach einer Mastektomie und im Entscheidungsprozess einer sekundären Brustrekonstruktion dar. Die betroffenen Frauen werden von vier Dimensionen – körperlich, psychisch, sozial und spirituell – beeinflusst. Diese wirken sich auf die Bedürfnisse, Sorgen, Symptome und Emotionen der betroffenen Frau aus. Die verschiedenen Dimensionen sind nicht konkret abgrenzbar, sondern stehen in einem Fließgleichgewicht und korrespondieren miteinander (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

Die in der Literarturarbeit ermittelten beeinflussenden Faktoren wurden in der Diskussion von den Autorinnen dieser Literaturarbeit den vier Dimensionen zugeteilt. Somit stellen die vier Dimensionen der betroffenen Frauen die identifizierten, beeinflussenden Faktoren dar. Diese sind in der Tabelle 5 auf Seite 48 ersichtlich. Weiter besteht in der «Lebenswelt Patient» die Bezugsperson aus den Angehörigen, der Partnerin oder dem Partner der betroffenen Frauen. Auch die Angehörigen, Partnerinnen oder Partner werden von ihren eigenen vier Dimensionen beeinflusst. Da diese oft pflegerische Tätigkeiten übernehmen, sollten sie ebenfalls über Feld-, Methoden-, System- und Selbstkompetenz verfügen. Für die Pflegefachperson und die beteiligten Frauen sind diese Kompetenzen eine wichtige Ressource. Deshalb ist es wichtig, dass die Pflegefachperson die Angehörigen, Partnerinnen oder Partner in diesen vier Kompetenzen fördert und bestärkt.

Zum «Betreuungssystem» gehören die Pflegefachpersonen, die Onkologen, die Chirurgen und das weitere therapeutische Team. Die Pflegefachperson sollte über die vier Lernkompetenzen verfügen, sodass eine qualifizierte Beratung durchgeführt werden kann. Zusätzlich wird die Pflegefachperson von ihren eigenen vier Dimensionen beeinflusst. Die Kenntnis der eigenen vier Dimensionen ist für die Pflegefachperson wichtig, damit sie sich ihrer persönlichen Auswirkung auf das Umfeld bewusst ist (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Weiter kann die Pflegefachperson dadurch eruieren, wo der Entscheidungsprozess von den Einflussfaktoren beeinflusst wird und auf diese in einem Gespräch eingehen.

Alle erwähnten Personen der «Lebenswelt Patient» und des «Betreuungssystems» sind in einem politischen und gesellschaftlichen Rahmen eingebettet. Dies bedeutet, dass die Entscheidung der betroffenen Frauen durch gesellschaftliche Normen und Werte beeinflusst wird (Scherr, 2006). Ebenfalls hat die politische Ansicht der Brustrekonstruktion einen Einfluss. Es ist somit wichtig, dass die Pflegefachperson nicht nur die direkt beteiligten Personen als Einfluss auf die Entscheidung in Betracht zieht, sondern auch den gesellschaftlichen und politischen Einfluss berücksichtigt.

Zwischen der Pflegefachperson und der betroffenen Frau mit ihren Angehörigen, Partnerinnen oder Partnern entstehen vier Beratungsanlässe. Dazu gehört die Dolmetscherfunktion, die Angehörigen- und Patientenberatung sowie das Entlassungs- und Versorgungsmanagement. Diese stellen Felder dar, in welchem ein Beratungsprozess stattfinden kann (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

Die Dolmetscherfunktion bezieht sich auf die Diagnose und Therapie der betroffenen Frau (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Für die Pflegefachperson bedeutet dies sicherzustellen, dass die betroffene Frau über alle notwendigen Informationen verfügt und Verständnisprobleme geklärt werden können. Die Frauen sollten ausserdem die Möglichkeit bekommen, allfällige Fragen zu stellen. Betroffene Frauen haben geäussert, dass eine Unzufriedenheit bezüglich der Informationsvermittlung besteht (Nelson, et al., 2013). Durch diese Kenntnis kann die Pflegefachperson dieser Unzufriedenheit entgegenwirken. Dafür kann die Pflegefachperson Ressourcen wie Informationsbroschüren, Selbsthilfegruppen, das eigene Fachwissen und die Unterstützung durch Ärztinnen und Ärzte nutzen. Der Wissensstand und die Bedürfnisse der betroffenen Frau sollen in einem Erstgespräch ermittelt werden, um weiterführende Beratungen und Gespräche anhand der vorhandenen Ressourcen zu planen. Die Dolmetscherfunktion ist ebenfalls ein Bestandteil der Patienten- und Angehörigenberatung. Bei der Patientenberatung besteht der Schwerpunkt auf der Identifikation der beeinflussenden Faktoren. Durch die Kenntnis der Einflussfaktoren kann die Pflegefachperson die Beratung danach auslegen.

Auch in der Angehörigenberatung spielt die Identifikation der beeinflussenden Faktoren eine tragende Rolle. Zusätzlich ist es bei dieser Beratung wichtig, die Doppelrolle als pflegende Angehörige und Bezugsperson der Angehörigen, Partnerinnen und Partnern zu erkennen und zu berücksichtigen. Weiter besteht die Aufgabe der Pflegefachperson in der Angehörigenberatung daraus, in der Krisenbewältigung eine unterstützende Rolle zu übernehmen. Dabei können Selbsthilfegruppen für Angehörige von den Pflegefachpersonen als Ressource genutzt werden. Die Angehörigen, Partnerinnen und Partner sind eine wertvolle Unterstützung für die Pflegefachpersonen. Die Bedürfnisse und Anliegen der

Angehörigen, Partnerinnen und Partnern sollen ebenfalls erfasst werden und ein Bestandteil der Pflege und Beratung sein.

Das Entlassungs- und Versorgungsmanagement bezieht sich auf den Übergang der betroffenen Frauen in ein anderes Pflegesetting (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Dies kann beispielsweise die Planung vom Übergang von der Hospitalisation im Akutspital in ein häusliches Setting sein. Dabei können die betroffenen Frauen Unterstützung von der Spitex erhalten, welche von der Pflegefachperson im Akutspital organisiert wird. In einem Übergabebericht können dabei Bedürfnisse und Einflussfaktoren der künftig zuständigen Person weitergeleitet werden, um eine kompetente Beratung fortzusetzen. Ebenfalls liegt die Verantwortung der Organisation von Material und Medikamenten für den Übertritt in eine andere Institution bei der Pflegefachperson.

Beratung als Problemlöseprozess nach Doll und Hummel-Gaatz (2006)

Für den Transfer in die Praxis kann das Sechs-Phasen-Modell von Doll und Hummel-Gaatz (2006) eine Unterstützung für den Beratungsprozess sein.

In der ersten Phase wird die Beziehung zur betroffenen Frau hergestellt. Als Grundvoraussetzung für den Aufbau einer systematischen Beziehungs- und Vertrauensbasis stellt die Kontaktaufnahme ein essentieller Bestandteil dar. In dieser Phase wird die Selbstkompetenz der Pflegefachperson erwartet. Der Beziehungsaufbau muss individuell gestaltet werden und ist unterschiedlich zeitintensiv. Als Voraussetzung, dass die betroffene Frau ihre Bedürfnisse, Sorgen und Probleme äussert, ist eine Vertrauensbasis wichtig. Dadurch kann eine kompetente Beratung und Pflege gewährleistet werden. In der Praxis findet der Beziehungsaufbau bei einem Eintrittsgespräch im stationären oder im ambulanten Bereich anhand eines Erstgesprächs statt. Bei diesem Gespräch werden alle beteiligten Personen der «Lebenswelt Patient» und deren Beziehungsstatus erfasst. Dazu gehören die Angehörigen, die Partnerin oder der Partner, sowie weitere Bekannte. Dieses soziale Umfeld wird dokumentiert, um es als mögliche Ressource für die betroffenen Frauen und die Pflege zu nutzen (Wright & Leahey, 2014). Dabei könnte das Geno-, Öko- und Beziehungsdiagramm als Arbeitsinstrument (Wright & Leahey, 2014) genutzt werden. In die-

sem wird das soziale Umfeld graphisch übersichtlich dargestellt, Zusammenhänge können erkannt werden und eine schnelle Übersicht für die beteiligten Pflegefachpersonen ist gewährleistet.

Für den Beziehungsaufbau sollte das Lernfeld der Methodenkompetenz nach HUGADO (Doll & Hummel-Gaatz, 2006) eine Basis für die Pflegefachperson bilden. Dies beinhaltet, dass die Pflegefachperson eine wertschätzende, empathische und kongruente Beziehung aufbauen kann. Die Pflegefachperson gestaltet dabei die Kontaktaufnahme angemessen und wahrt die Nähe und Distanz.

In der zweiten Phase wird das objektive und subjektive Beratungsbedarf erfasst. Dies wird durch strukturiertes Beobachten, Analyse der Gesamtsituation und gemeinsames Bewerten der Ausgangslage durchgeführt. Für die Pflegefachperson ist es wichtig, zu erfassen, ob die betroffene Frau bereits eine Entscheidung getroffen hat und wo sie momentan im Entscheidungsprozess um die Brustrekonstruktion steht. Dabei werden die beeinflussenden Faktoren berücksichtigt. Durch das Wissen von möglichen beeinflussenden Faktoren kann die Pflegefachperson die gestellten Fragen konkretisieren und eine gezielte Beratung sicherstellen. Dabei stehen die Feld- und Systemkompetenz der Pflegefachperson im Vordergrund. Dies beinhaltet die Fachkenntnis der Pflegefachperson zu den Einflussfaktoren, die Dolmetscherfunktion sowie das Erkennen von Zusammenhängen zwischen den betroffenen Frauen und ihrem sozialen Umfeld (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

In der anschliessenden dritten Phase wird mit der betroffenen Person ein gemeinsames Ziel definiert (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Dabei ist die Formulierung nach den SMART-Kriterien wichtig (Schmidt & Meissner, 2009). Die Ziele müssen spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminiert sein (Schmidt & Meissner, 2009). Mit dieser Phase möchte erreicht werden, dass alle beteiligten Personen der «Lebenswelt Patient» und des «Betreuungssystems» auf das gleiche Ziel hinarbeiten sowie dieselben Vorstellungen und Erwartungen teilen. Dabei wird von der Pflegefachperson die Methodenkompetenz erwartet, die

Ziele der betroffenen Frauen zu respektieren – auch wenn diese nicht den Zielen des Gesundheitspersonals entsprechen (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

In der vierten Phase werden Lösungen zu den gesetzten Zielen entwickelt, welche auf der Beziehungs- und Inhaltsebene stattfinden (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Auf der Beziehungsebene könnte dies im Pflegealltag ein Gespräch mit der betroffenen Frau und einer Person aus dem sozialen Umfeld sein. Bei diesem Gespräch besteht die Möglichkeit für die Beteiligten, ihre Gefühle und Emotionen zu äussern. Dabei können Bedürfnisse von jeder beteiligten Person genannt und von der Pflegefachperson aufgenommen werden. Die gegenseitige Kenntnis der Bedürfnisse von jeder beteiligten Person ist wichtig, da die Lösungen darauf abgestimmt werden. Die Systemkompetenz der Pflegenden stellt für Doll und Hummel-Gaatz (2006) eine wesentliche Fähigkeit dar, um die multifaktoriellen Einflüsse im System zu identifizieren und zu erfassen. Auf der Inhaltsebene werde Defizite im Wissen zur Brustrekonstruktion aufgearbeitet. Dabei werden Ressourcen wie Gespräche mit der Ärztin oder dem Arzt, Informationsbroschüren und die Expertise der Pflege verwendet. Diese sind Bestandteil der Feldkompetenz (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

Weiter wird die Methodenkompetenz der Pflegefachperson durch eine gezielte Kommunikation mit dem Ärzte- und dem therapeutischen Team erwartet. Auch ein analytisches und pflegediagnostisches Denken zur Lösungsfindung wird von der Pflegefachperson vorausgesetzt (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

In der fünften Phase wird zur Bewertung des Gesprächsverlaufs, der Zusammenfassung des Erkenntnisgewinns und der Vereinbarung von konkreten Handlungsschritten eine Reflexion mit der betroffenen Frau und der Pflegefachperson gemacht (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Die Reflexion soll sicherstellen, dass allen beteiligten Personen die gleichen weiteren Handlungsschritte bewusst sind. Die betroffene Frau hat dabei die Möglichkeit das Beratungsgespräch kritisch zu bewerten und sich zu äussern, ob es zufriedenstellend war. Ausserdem gibt es der Pflegefachperson die Möglichkeit das nächste Beratungsgespräch zu verbessern. Die Selbstkompetenz der Pflegefachperson steht hier im Vordergrund. Jede Rückmeldung wird von den beteiligten Personen

aufgenommen und der Erwerb von Beratungskompetenzen einer Pflegefachperson wird als lebenslangen Lernprozess verstanden (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

In der letzten Phase wird nun der Beratungszyklus bewusst beendet und eine Selbstreflexion der Beraterrolle findet ausserhalb des konkreten Gespräches statt (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Es ist wichtig, dass die Pflegefachperson eine Gesprächsreflexion und eine Selbstreflexion durchführt. Dadurch kann die Pflegefachperson sich in ihrer Beratungskompetenz stets verbessern und eine eigene Rolle als Beraterin oder Berater in der Pflege entwickeln. Dies sind Bestandteile der Selbstkompetenz (Doll & Hummel-Gaatz, 2006).

5.6 Limitationen

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche und ist mit keinem systematischen Review* zu vergleichen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass relevante Forschungsliteratur nicht miteinbezogen wurde, da die Literaturrecherche nur in einem begrenzten Zeitraum stattgefunden hat. Die Übertragung der Literatur auf die Schweizer Bevölkerung muss kritisch hinterfragt werden, da keine der einbezogenen Studien aus der Schweiz stammt. Die Studien wurden alle in englischer Sprache verfasst und können deshalb mögliche Übersetzungsfehler enthalten, da Englisch die Zweitsprache der Autorinnen ist. Die Autorinnen dieser Literaturarbeit haben nur wenig Erfahrung bei der Beurteilung von Literaturgütern, weshalb lückenhafte kritische Würdigungen enthalten sein können. Alle inkludierten Studien wurden von den Autorinnen auf dem untersten Level der 6 S-Evidenzpyramide eingestuft (DiCenso et al., 2009). Es konnten keine passenden Studien gefunden werden, die ein höheres Evidenzlevel aufweisen. Die Fragestellung dieser Literaturarbeit bezieht sich auf ein sehr individuelles, subjektives Erleben, welches nicht auf alle betroffenen Frauen übertragen werden kann.

6 Schlussfolgerung

Der Entscheidungsprozess für eine Brustrekonstruktion einer Frau nach einer Mastektomie wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst, welche in den vier Dimensionen nach Doll und Hummel-Gaatz (2006) eingeteilt wurden. In der körperlichen Dimension steht vor allem das Körperbild der betroffenen Frau im Vordergrund. Die psychische Dimension ist geprägt durch die Bereitstellung von Informationen und die Beziehung zur Partnerin oder zum Partner. Aus der Sicht der sozialen Dimension haben die Angehörigen einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess. Die spirituelle Dimension wird von den gesellschaftlichen Normen und Werten sowie von der Politik beeinflusst. Alle vier Dimensionen stehen im Bezug zur Fragestellung der Literaturarbeit und beeinflussen den Beratungsprozess. Die Pflegefachperson hat in diesem Prozess eine wichtige Rolle und wird von den betroffenen Frauen als eine Unterstützung wahrgenommen. Die Kenntnis ihrer eigenen vier Dimensionen ist für die Pflegefachperson wichtig, damit sie sich ihrer persönlichen Auswirkung auf das Umfeld bewusst ist (Doll & Hummel-Gaatz, 2006). Es besteht ein Schulungsbedarf von Pflegefachpersonen in der Beratung von betroffenen Patientinnen. Durch eine Expertenfunktion der *Breast Cancer Nurse*, welche spezialisiert auf die Pflege und Beratung von Brustkrebspatientinnen ist, wird eine kompetente Beratung ermöglicht. Um eine Übertragbarkeit zu gewährleisten, werden Studien in der Schweiz benötigt. Mehr Forschung zu diesem Thema hilft allen beteiligten Personen das Verständnis zu optimieren und eine bestmögliche Beratung durch das medizinische Personal zu gewährleisten. Die gesellschaftliche und politische Ansicht einer Brustrekonstruktion in Bezug auf das Schönheitsideal und die Stigmatisierung von kosmetischen Operationen sollte verändert werden. Der soziale Druck der Gesellschaft kann so den betroffenen Frauen im Entscheidungsprozess genommen werden.

Literaturverzeichnis

- Begum, S., Grunfeld, E., Ho-Asjoe, M., & Farhadi, J. (03. Juli 2010). An exploration of patient decision-making for autologous breast reconstructive surgery following a mastectomy. *Elsevier*, 105-110. DOI: 10.1016/j.pec.2010.07.004
- Cerkus-Rossmeissl, A. (2012). Thiemes Pflege. Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Deutsche Krebsgesellschaft. (2016). *Gynäkologische Tumore* (1. Ausg.). München: Elsevir.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (25. Juli 2017). *Brustkrebs*. Abgerufen am 23. April 2019 von <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/operation.php>
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. (4. 12 2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nursing*, 99-101.
- Ditz, S., Diegelmann, C., & Insermann, M. (2006). *Psychoonkologie - Schwerpunkt Brustkrebs: Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis* (1. Ausg.). Kohlhammer.
- Doll, A., & Hummel-Gaatz, S. (2006). Lernfeld Beratung in der Pflege: Umsetzung des lernfeldkonzeptes in der Fachweiterbildung für onkologische Pflege. *Printernet*, 206-217.
- Duden. (n.d.). *Entscheidung*. Abgerufen am 14. 09 2018 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Entscheidung>
- Duden. (n.d.). *erwachsen*. Abgerufen am 14. 09 2018 von https://www.duden.de/rechtschreibung/erwachsen_ausgewachsen_grosz
- Duden. (n.d.). *Prozess*. Abgerufen am 14. 09 2018 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Prozess>

- Ebnöther, E. (März 2011). *Brustkrebs*. Bern, Schweiz.
- Eicher, M., & Marquard, S. (2008). *Brustkrebs - Lehrbuch für Breast Cancer Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (1. Ausg.). Bern: Hans Huber.
- Fasse, L., Flahault, C., Vioulac, C., Lamore, K., Van Wersch, A., Quintard, B., & Untas, A. (2017). The decision-making process for breast reconstruction after cancer surgery: Representations of heterosexual couples in long-standing relationships. *British Journal of Health Psychology*, 254-269. DOI: 10.1111/bjhp.12228
- Feger, H. (2000). *Entscheidung*. Abgerufen am 16. November 2018 von <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/entscheidung/4143>
- Günthert, A., Eicher, M., & Biedermann, M. (2017). *Onkologische Krankenpflege* (6. Ausg.). Berlin: Springer.
- Goldhammer, E., & Rössig, C. (2012). Prinzipien der Pflege und Therapie onkologischer Patienten. In S. Schewior-Popp, F. Sitzmann, & L. Ullrich, *Thiemes Pflege Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (S. 1189-1190). Stuttgart: Thieme.
- Holland, F., Archer, S., & Montague, J. (2016). Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 21, 1688-1699. DOI: 10.1177/1359105314562085
- Huch, R., & Jürgens, K. (2015). *Mensch Körper Krankheit* (7. Auflage Ausg.). München: Urban & Fischer.

International Agency for Research on Cancer. (n.d.). Abgerufen am 15. Oktober 2018 von http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=

Krause, J. (2018). *Schönheitshandeln - Der Einfluss des Habitus auf die Bearbeitung des Körpers*. Düsseldorf, Deutschland: Springer.

Krebsliga. (28. September 2016). Brustkrebs erfolgreich behandelt - wie weiter? Bern, Schweiz. Abgerufen am 02. 08 2018 von <https://www.krebsliga.ch/medien/medienmitteilungen/pages/2016/brustkrebs-erfolgreich-behandelt-wie-weiter/>

Krebsliga. (Mai 2018). Operationen bei Krebs. *Ein Ratgeber der Krebsliga*, 2. Aufl., 8. Bern, Schweiz.

Krebsliga. (n. d.). Abgerufen am 02. August 2018 von <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs/>

Krebsliga Schweiz. (2012). Krebs trifft auch die Nächsten. *Ein Ratgeber der Krebsliga für Angehörige und Freunde*, 5. Bern.

Krebsliga Schweiz. (Juli 2014). Brustkrebs. *Eine Information der Krebsliga*. Bern, Schweiz.

Krebsliga Schweiz. (Oktober 2017). *Krebs in der Schweiz: wichtige Zahlen*.

Krebsliga Schweiz. (April 2018). Eine neue Brust? Chirurgischer Wiederaufbau nach Brustkrebs. *Ein Ratgeber der Krebsliga*, 9 Aufl. Bern, Schweiz.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guidelines For Critical Review Form - Quantitative Studies*. Abgerufen am 31. 10 2018 von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Quantitative-Studies.pdf>
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines For Critical Review Form - Qualitative Studies*. Abgerufen am 31. 10 2018 von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Qualitative-Studies.pdf>
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/ New Dehli: Sage.
- Manne, S., Topham, N., Kirstein, L., Virtue, S., Brill, K., Devine, K., . . . Sorice, K. (2016). Attitudes and Desicional Conflict Regarding Breast REconstruction Among Breast Cancer Patients. *Cancer Nursing, Vol. 39*, 427-435. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000320
- Marshall, C., & Kiemle, G. (2005). Brest reconstruction following cancer: Its impact on patients and partners sexual functioning. *Sexual and Relationship Therapy*, 155-179.
- McKean, L., Newman, E., & Adair, P. (2013). Feeling like me again: a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self-image. *European Journal of Cancer Care*, 493-502.
- Morrow, M., Li, Y., Alderman, A., Jagsi, R., Hamilton, A., Graff, J., . . . Katz, S. (20. August 2014). Access to Breast Reconstruction After Mastectomy and Patient Perspectives on Reconstruction Decision Making. *JAMA Surgery*, 149, 1015-1021. DOI: 10.1001/jamasurg.2014.548
- Nelson, J., Fischer, J., Radecki, M., Pasick, C., McGrath, J., Serletti, J., & Wu, L. (2013). Delayed autologous breast reconstruction: Factors which influence patient decision making. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 1513-1520. DOI: 10.1016/j.bjps.2013.06.020

- Plessner, H. (2011). *DORSCH Lexikon für Psychologie*. Abgerufen am 16. November 2018 von <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/entscheiden-entscheidungstheorie/>
- Rubin, L., & Tanenbaum, M. (März 2011). "Does That Make Me A Women?": Breast Cancer, Mastectomy, and Breast Reconstruction Decision Among Sexual Minority Women. *Psychology of Women Quarterly*. DOI: 10.1177/0361684310395606
- Scherr, A. (2006). *Werte und Normen*. Wiesbaden: für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, S., & Meissner, T. (2009). *Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege*. Heidelberg: Springer.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2013). Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. *Ein Leitfaden für die Praxis*, 2. Basel, Schweiz.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativer-empirischer Sozialforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Stiftung Krebsforschung Schweiz. (November 2017). Krebsforschung in der Schweiz. Bern, Schweiz.
- Wright, L., & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege*. Bern: Huber.
- Zielinski, T., Lorenc-Podgorska, K., & Antoszewski, B. (2014). Why women who have mastectomy decide not to have breast reconstruction? *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 451-455.

Zusatzverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Beratungsmodell von Doll und Hummel-Gaatz (2006)</i>	12
Abbildung 2 <i>Flussdiagramm der Literaturrecherche, eigene Abbildung</i>	19
Abbildung 3 <i>6-S-Evidenzpyramide nach DiCenso et al. (2009)</i>	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Voraussetzung an die Pflegefachperson nach den Lernfeldern entnommen von Doll und Hummel-Gaatz (2006) angepasst durch Daphné Bolliger und Sina Léonie Hurschler</i>	15
Tabelle 2 <i>Keywords</i>	18
Tabelle 3 <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	20
Tabelle 4 <i>Übersicht der verwendeten Studien dieser Literaturarbeit</i>	23
Tabelle 5 <i>Beeinflussende Faktoren nach den vier Dimensionen entnom- men von Doll und Hummel-Gaatz (2006) angepasst durch Daphné Bolliger und Sina Léonie Hurschler</i>	48

Wortzahl

Anzahl Wörter des Abstracts 188

Anzahl Wörter der Arbeit 11 504

(ohne Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnissen, Anhang, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und Glossar)

Danksagung

Wir möchten uns bei unserer Betreuungsperson Daniela Züger für ihre konstruktiven Feedbacks und die Begleitung bedanken. Es war hilfreich, dass sie ihre Gedanken mit uns teilte. Wir haben die Zusammenarbeit sehr geschätzt. Ein grosser Dank geht an Céline Hurschler für ihr ehrliches Feedback und das Lektorat.

Weiter bedanken wir uns bei allen Studienkolleginnen und Studienkollegen, Familien und Freunden. Die enthusiastischen Diskussionen haben unseren Schreibprozess bereichert und ihre aufmunternden Worte in den richtigen Momenten haben uns motiviert.

Zum Schluss danken wir uns gegenseitig für die Ergänzung unserer Schwächen und Stärken. Die intensive Zeit hat uns beide bereichert und unsere Freundschaft gestärkt.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir, Daphné Bolliger und Sina Léonie Hurschler, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Winterthur, 3. Mai 2019

Daphné Bolliger

Sina Léonie Hurschler

Anhang

Glossar

Axillär	In der Achselhöhle
Biopsie	Die Biopsie ist die Untersuchung von Gewebe, welches dem Organismus entnommen.
Chi-Quadrat-Tests	Der Chi-Quadrat-Test testet, ob ein Zusammenhang zwischen zwei kategorialen Variablen besteht. Er untersucht zwei Merkmale mit jeweils zwei Ausprägungen und dient der Überprüfung, ob zwei Merkmale voneinander unabhängig sind.
COPD	COPD ist eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, welche nicht heilbar ist. Anzeichen einer COPD sind Auswurf, Husten und Atemnot. Die Krankheit beeinträchtigt die Atmung zunehmend bis hin zum Atemversagen.
Fisher-Tests	Mit dem Fisher-Test kann geprüft werden, ob zwei Merkmale unabhängig voneinander sind. Er stellt eine Alternative zum Chi-Quadrat-Test
Histologie	Die Histologie ist die Wissenschaft von den Geweben des menschlichen Körpers dar.
Inzidenz	Die Inzidenz ist die Anzahl neu auftretender Erkrankungen innerhalb einer Personengruppe von bestimmter Grösse während eines bestimmten Zeitraums.
Korrelate	Der Begriff Korrelat beschreibt, dass eine Wechselbeziehung zu einem zweiten Element besteht.

Korrelation	Misst die Stärke einer statistischen Beziehung zwischen zwei Variablen.
Latenzzeit	Die Latenzzeit ist die Inkubationszeit, welche die Zeit zwischen der Ansteckung und dem Ausbrechen einer Infektionskrankheit beschreibt.
Lymphödem	Lymphödem bezeichnet eine teigige Schwellung. Diese entsteht durch eine Unterbrechung des Lymphabflusses und führt zu einem Rückstau der Lymphe im Gefäß. Häufig entsteht das Lymphödem im Schulter-Arm-Bereich bei Entfernung der Lymphknoten bei Entfernung eines Mammakarzinoms.
Mamillen-Areolen-Komplex	Der Mamillen-Areolen-Komplex bezeichnet den Bereich der Brustwarze unter Einbezug des Brustwarzenhofs. Der Brustwarzenhof ist die umgebende, pigmentierte Fläche der Brustwarze.
Mammographie	Die Mammographie bezeichnet eine radiologische Untersuchung der weiblichen Brust zur Früherkennung von Brustkrebs.
Prävalenz	Die Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.
Rezidiv	Ein Rezidiv bezeichnet einen Rückfall beziehungsweise ein Wiederauftreten einer Krankheit oder eines Symptoms.
Randomisierte Kontrollstudie	Die randomisierte Kontrollstudie ist ein Studiendesign, welches den Effekt einer Intervention untersucht.

Regressionsanalyse	Die Regressionsanalyse ist ein Analyseverfahren, welches die Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen untersucht.
Retrospektive Kohortenstudie	Die Kohortenstudie ist eine Beobachtungsstudie, wobei eine Gruppe mit einer gemeinsamen Eigenschaft zu einer anderen Gruppe verglichen werden. Die Kohortenstudie ist retrospektiv, weil das Ereignis in der Vergangenheit liegt.
Serombildung	Die Serombildung ist eine Ansammlung von Lympheflüssigkeit oder Wundsekret ausserhalb der Gefässe. Es führt zu einem flüssigkeitsgefüllten Raum im Gewebe.
Sonographie	Ultraschall
Systematisches Review	Wissenschaftliche Arbeit in Form einer Literaturübersicht, die zu einem bestimmten Thema alles verfügbare Wissen sammelt, zusammenfasst und kritisch bewertet.
T-Test	Der T-Test überprüft die Hypothesen der Stichprobe über den Mittelwert der Grundgesamtheit, wenn der Grundgesamtheit eine Normalverteilung unterstellt werden kann, aber die Varianz der Grundgesamtheit nicht erkennbar ist.
Varianzanalyse	Eine Varianzanalyse testet, ob sich der Mittelwert mehrerer, unabhängiger Gruppen unterscheidet, welche durch eine kategoriale unabhängige Variable definiert sind.

Wilcoxon-Rank-Tests

Der Wilcoxon-Rank-Test ermöglicht es, zwei abhängige Stichproben von mindestens ordinalskalierten Zufallsvariablen auf Gleichheit der zentralen Tendenz zu untersuchen.

Kritische Studienbeurteilung mittels der ausgewählten Systematiken

Die linke Spalte beruht auf der subjektiven Einschätzung der Autorinnen diese Literaturarbeit.

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission –

Citation

Morrow, M., Li, Y., Alderman, A., Jagsi, R., Hamilton, A., Graff, J., . . . Katz, S. (20. August 2014). Access to Breast Reconstruction After Mastectomy and Patient Perspectives on Reconstruction Decision Making. *JAMA Surgery*, 149, 1015-1021.

STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</i> Ziel der Studie war es, die Rate der sofortigen und verzögerten Brustrekonstruktion und die Korrelate ihrer Verwendung in einer vielfältigen, bevölkerungsbezogenen Stichprobe zu untersuchen. Diese sollen in einer neueren Periode behandelt worden sein, um festzustellen, ob signifikante Lücken im Bewusstsein bezüglich der Brustrekonstruktion bestehen. Darüber hinaus haben die Autorinnen und Autoren versucht, die Haltung der Patienten gegenüber der Rekonstruktion zu untersuchen und herauszufinden, ob nach Abschluss der Krebsbehandlung ein erheblicher unerfüllter Rekonstruktionsbedarf besteht.
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>Describe the justification of the need for this study:</i> Trotz des garantierten Versicherungsschutzes nach dem Inkrafttreten des <i>Womens's Health and Cancer Rights Act</i> 1998, haben sich die meisten Frauen nach der Mastektomie nicht rekonstruieren lassen. Die Zahl der Rekonstruktionen von 2003 bis 2007 der behandelten Frauen lag zwischen 25% und 35%. Die Rekonstruktionsraten wurden mit dem Alter, Versicherungsstatus, ethischer Zugehörigkeit und dem Angebot an Chirurginnen und Chirurgen in Verbindung gebracht. In der Diskussion der Rekonstruktion, der Raten der Mastektomie

	<p>und der Brustrekonstruktion deutet sich an, dass die Patienten nach Rekonstruktion suchen. Über die Wahrnehmung der Patienten in Bezug auf die Rekonstruktion ist jedoch wenig bekannt. Darüber hinaus umfassen die meisten Studien, die die Rekonstruktion untersucht haben, keine Patienten, die sich einer verzögerten Brustrekonstruktion unterziehen. In einer früheren Studie wurde berichtet, dass eine verzögerte Rekonstruktion nicht häufig war.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> case study</p>	<p><i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</i></p> <p>Marrow et al. Beschreiben in ihrer quantitativen Studie nicht, um welches Studiendesign es sich handelt, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass es sich um ein Fallstudiendesign handelt. Grund für diese Annahme ist, dass es sich um Beschreibende Informationen über die Beziehung zwischen einer bestimmten Behandlung und einem Ergebnis handelt und keine Kontrollgruppe vorhanden ist. In diesem Studiendesign werden oft neue Themen untersucht, zu welchem es noch wenig wissen gibt, was bei diesem Thema von Marrow et al. beschrieben wird.</p> <p><i>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</i></p> <p>Von den Autorinnen und Autoren wurden keine Vorurteile beschrieben.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N = 485</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</i></p> <p>Frauen in den Metropolen von Los Angeles, Kalifornien, und Detroit, Michigan, die 20 bis 79 Jahre alt waren, zwischen Juni 2005 und Februar 2007 mit einem dukalen Karzinom oder invasiven Brustkrebs diagnostiziert wurden und in der Registrierung des <i>National Cancer Institut</i> beider Regionen angemeldet waren, wurden für die erste Auswahl der Stichprobe eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Frauen mit Stadium IV Brustkrebs, diejenigen die vor der ersten Erhebung verstorben oder den ersten Fragebogen nicht ausgefüllt retourniert haben. Ebenfalls wurden wegen einer Einschreibung in eine andere Studie asiatische Frauen ausgeschlossen. Der Fragebogen wurde auf Spanisch und Englisch angeboten. Um eine ausreichende Repräsentation ethnischer Minderheiten zu gewährleisten, wurden Latina- und dunkelhäutige Patientinnen ausführlich untersucht.</p>

	<p>Die Ärzte wurden über unsere Absicht informiert, die Patienten zu kontaktieren, gefolgt von einer Patienten-E-Mail, die aus einem Brief, Erhebungsmaterial und einem 10-Dollar-Geschenk an die teilnehmenden Studierenden bestand. Die Patienten wurden anfänglich durchschnittlich neun Monate nach der Diagnose befragt und eine Follow-up-Umfrage wurde an diejenigen gesendet, die die Basiserhebung ungefähr 4 Jahre nach der Diagnose abgeschlossen haben. Die Dillman-Erhebungsmethode wurde für beide Erhebungen verwendet.</p> <p>Von 3252 ursprünglich identifizierten und verschickten Patienten beendeten 2290 (73,1%) diese Befragung und 1536 Patienten (67,7%) beendeten die Follow-up-Befragung. Die Gesamtansprechrate betrug 49,4%. Die Analyseprobe für diese Studie besteht aus den 485 Patienten, die bei der Erstbefragung einen Mastertest durchmachten, die Nachfolgebefragung abgeschlossen und angegeben haben, dass bei ihnen kein Brustkrebsrezidiv auftrat.</p> <p>Eine <i>Sample Size Calculation</i> wurde nicht erwähnt.</p> <p><i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</i></p> <p>Das Studienprotokoll wurde von den <i>Institutional Review Boards</i> der <i>University of Michigan in Ann Arbor</i>, der <i>University of Southern California</i>, und der <i>Wayne State University</i> in Detroit genehmigt. Auf die Einwilligung nach Aufklärung wurde verzichtet, da der Meinung war, dass der Abschluss der Umfrage die Zustimmung anzeigt.</p>
--	--

<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</i></p> <p>Rekonstruktion seit der Mastektomie, demografische und medizinische Angaben</p> <p>Die unabhängigen Variablen Alter, Bildungsstand, ethnische Zugehörigkeit, Zivilstand, Einkommen, Versicherungstyp und Rauchstatus wurde von den Patientinnen berichtet. Zu den medizinischen Angaben zählt das Krebsstadium, das Vorhandensein von wichtiger definierter medizinischer Komorbiditäten und Brustgrösse, sowie die Behandlungsfaktoren mit Chemotherapie, Radiotherapie und Zeitpunkt der Rekonstruktion. Diese Angaben wurde ebenfalls von den Patientinnen selbst berichtet, ausser dem Krebsstadium wurde aus dem <i>Surveillance, Epidemiology und End Results</i> (SEER) Register verwendet.</p>
---	---

<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Patientenzufriedenheit im Entscheidungsprozess der Brustrekonstruktion</p> <p>Dabei wurden die Patientinnen gebeten Aussagen bezüglich dem Entscheidungsprozess zuzustimmen oder nicht zuzustimmen. Folgende drei Aspekte wurden angegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit mit der Entscheidung, ob Rekonstruktion durchgeführt werden soll - die Entscheidung, die sie hinsichtlich der Brustrekonstruktion getroffen haben, nicht bereuen - zufrieden mit den Informationen zu den für die Brustrekonstruktion wichtigen Themen <p>Hierfür wurde eine Likert-Skala verwendet, welche von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) geht. Die Elemente wurden neu codiert, um eine kongruente Valenz zu erhalten, und ein Mittelwert wurde berechnet, um eine Skala zu erstellen. Der Skalenwert wurde als niedrige Zufriedenheit (< 3) oder höhere Zufriedenheit (≥3) beurteilt.</p> <p>Gründe, weshalb Patientinnen keine Brustrekonstruktion oder keine verspätete Brustrekonstruktion durchführten</p> <p>Die Patientinnen wurden befragt, inwiefern Gründe wie Patientenfaktoren (z.B. Einstellung zur Rekonstruktion) oder aus klinischen Gründen und Systemfaktoren zu ihrer Entscheidung beigetragen haben. Dies wurde ebenfalls mit einer Likert-Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (stimme voll zu) ermittelt.</p>		
	<table> <tr> <td data-bbox="507 1238 983 1984"> <p><i>Outcome areas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rekonstruktion seit der Mastektomie, demografische und medizinische Angaben 2. Patientenzufriedenheit im Entscheidungsprozess der Rekonstruktion 3. Gründe, weshalb Patientinnen keine Brustrekonstruktion oder keine verspätete Brustrekonstruktion durchführten </td><td data-bbox="983 1238 1385 1984"> <p><i>List measures used.:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientinnen berichteten diese Angaben selbst. 2. Bei der Nachbefragung konnten Patientinnen zu drei Aussagen zum Entscheidungsprozess zustimmen oder nicht zustimmen. Es wurde eine Likert-Skala verwendet von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll zu). </td></tr> </table>	<p><i>Outcome areas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rekonstruktion seit der Mastektomie, demografische und medizinische Angaben 2. Patientenzufriedenheit im Entscheidungsprozess der Rekonstruktion 3. Gründe, weshalb Patientinnen keine Brustrekonstruktion oder keine verspätete Brustrekonstruktion durchführten 	<p><i>List measures used.:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientinnen berichteten diese Angaben selbst. 2. Bei der Nachbefragung konnten Patientinnen zu drei Aussagen zum Entscheidungsprozess zustimmen oder nicht zustimmen. Es wurde eine Likert-Skala verwendet von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll zu).
<p><i>Outcome areas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rekonstruktion seit der Mastektomie, demografische und medizinische Angaben 2. Patientenzufriedenheit im Entscheidungsprozess der Rekonstruktion 3. Gründe, weshalb Patientinnen keine Brustrekonstruktion oder keine verspätete Brustrekonstruktion durchführten 	<p><i>List measures used.:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientinnen berichteten diese Angaben selbst. 2. Bei der Nachbefragung konnten Patientinnen zu drei Aussagen zum Entscheidungsprozess zustimmen oder nicht zustimmen. Es wurde eine Likert-Skala verwendet von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll zu). 		

		3. Gründe wurden anhand der Likert-Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (stimme voll zu) diagnostiziert
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</i></p> <p>In der Studie wurde keine Intervention durchgeführt. Die untersuchten Themen wurden anhand von Fragebogen mit definiertem Zeitabstand ermittelt.</p>	

<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</i></p> <p>Rekonstruktion seit der Mastektomie, demografische und medizinische Angaben</p> <p>Eine Analyse wurden die Nicht-Befragte mit Befragten verglich, welche die Erstumfrage abgeschlossen hatten. Es zeigte keinen signifikanten Unterschied im Alter der Diagnosestellung. Die Antworten der Nachbefragung, verglichen mit den Befragten, zeigten eine höhere Wahrscheinlichkeit von Krebs im Stadium II oder III ($P < 0.001$) und wahrscheinlicher Mastektomie ($P < 0.001$) von dunkelhäutigen Frauen und Latinas. Das Durchschnittsalter betrug 55.8 Jahre, 42.2% hatten nur eine höhere Schulausbildung und 64.3% hatten Brustkrebs im Stadium I oder II. 11.6% von den Teilnehmerinnen hatte sich einer kontralateralen prophylaktischen Mastektomie unterzogen. Insgesamt hatten 41,6% der 485 mit Mastektomie behandelten Patienten, die krankheitsfrei geblieben waren, einen Brustaufbau. 24.8% (146) davon wurden primär und 16.8% (76) wurden sekundär rekonstruiert.</p> <p>Patientenzufriedenheit im Entscheidungsprozess der Brustrekonstruktion</p> <p>Die meisten Frauen gaben an, mit dem Entscheidungsprozess bezüglich der Rekonstruktion zufrieden zu sein. Auf der fünf-Punkte-Likert-Skala betrug die mittlere Zufriedenheitsbewertung 3.9. Etwa 13.3% gab einen Wert unter 3 an und war somit unzufrieden mit dem Entscheidungsprozess. Es wurde eine herausgefunden, dass Unzufriedenheit mit dunkelhäutigen Frauen und Latinas verbunden war, jedoch das Bildungsniveau und das Einkommen nicht in Verbindung stand.</p> <p>Gründe, weshalb Patientinnen keine Brustrekonstruktion oder keine verspätete Brustrekonstruktion durchführten</p> <p>Mit 48.5% war der primäre Grund keine Rekonstruktion zu mache, eine zusätzliche Operation zu vermeiden. 33.8% der Teilnehmerinnen war die Rekonstruktion nicht wichtig. Ein weiterer häufiger Grund war mit 36.3% die Angst vor Implantaten. Es wurde jedoch herausgefunden, dass Frauen von ethnischen Minderheiten weniger äusserten eine zusätzliche Operation zu vermeiden (70,0% für nicht schwarze, nicht Latina-Patienten gegenüber 39,7% bzw. 34,1% für schwarze und Latina-Patienten; $P < 0,001$) oder dass eine Rekonstruktion nicht wichtig ist (42,4% für nicht-schwarze, nicht aus Latina stammende Patienten gegenüber 21,6% bzw. 31,3% für schwarze und für Latina-Patienten; $P = 0,04$). Auch bei</p>
--	--

	<p>anderen Gründen für einen Entscheid gegen die Rekonstruktion konnte ein Unterschied zu den ethnischen Minderheiten festgestellt werden. Dabei handelt es sich um Gründe wie Bedenken hinsichtlich der Interferenz bei der Erkennung von Krebs, Komplikationen des Verfahrens, sich von der Arbeit oder der Familie zu trennen, Systembarrieren oder keinen Versicherungsschutz zu haben. Gründe für eine verspätete Rekonstruktion waren bei den meisten Frauen sich auf die Krebsbehandlung zu konzentrieren (68.7%), Notwendigkeit von Chemotherapie (50.7%) oder Strahlentherapie (26.3%). Weniger als 15% gaben an, dass sie die Möglichkeit einer Brustrekonstruktion zum Zeitpunkt ihrer Brustkrebsoperation nicht kannten oder Probleme mit der Versicherung hatten. Nur 30 der 263 Befragten (11,4%), die sich nicht rekonstruiert hatten, gaben an, sie würden das Verfahren noch in Erwägung ziehen.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>In einem ersten Schritt wurden die wichtigsten Basisvariablen der Antwortenden und Nicht-Antwortenden mit eine x2-Test verglichen. Die Antwortenden haben die Grund- und Erstbefragung durchgeführt. Anschließend wurden zusammenfassende Statistiken für unsere Stichprobenpopulation unter Verwendung von Prozentsätzen für kategoriale Variablen und Mittelwerte und Standardabweichungen für kontinuierliche Variablen berechnet. Um die Chancen von Patienten zu beurteilen, welche nach der Mastektomie nicht Rekonstruiert wurden, verwendeten die Autorinnen und Autoren die logistische Regression. Diese wurden ebenfalls zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit einer Unzufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess verwendet. Zu den unabhängigen Variablen gehörten Alter, Partnerstatus, Bildungsniveau, Rasse / ethnische Zugehörigkeit, Einkommen, Versicherungstypen, Komorbiditäten, Prädiagnose-Büstenhalter-Körbchengröße, Krebsstadium, Radiotherapie, Chemotherapie, kontralaterale prophylaktische Mastektomie. und SEER-Site. Um eine Vergleichbarkeit der Regressionsmodelle zu erreichen, wurde eine rückwärtsvariable Auswahlmethode verwendet, um die Variablen zu eliminieren, die das statistische Signifikanzniveau von zehn nicht erreichten. Weiter wurde eine Liste von Gründen erstellt, warum Frauen keine Rekonstruktion erhalten haben oder das Verfahren verzögert haben. Diese Liste basierte auf den Prozentsätzen der Patienten, die berichteten, dass ein bestimmtes Problem zu ihrer Entscheidung beigetragen habe, die Rekonstruktion wegzulassen oder zu verzögern („ziemlich“, „viel“, „etwas“ und „überhaupt nicht“). Mit dem Mantel-Haenszel-test wurde der Unterschied diesen Prozentsatz zwischen ethnischen Gruppen ermittelt. Alle oben beschriebenen deskriptiven und Regressionsanalysen wur-</p>
--	--

	den unter Verwendung von Umfrageverfahren gewichtet, um unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten der Stichprobenauswahl und Nichtantworten zu berücksichtigen, wodurch unser statistischer Rückschluss repräsentativer wurde der Bevölkerung. Ein analytisches Gewicht wurde erstellt, das für den anfänglichen Stichprobenentwurf und differenzielle Nichtansprechen in den zwei Erhebungswellen von Bedeutung war.
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i></p> <p>In der Schlussfolgerung wird kurz erwähnt, dass Raum für eine verbesserte Aufklärung über die Sicherheit von Brustimplantaten und die Auswirkungen des Wiederaufbaus auf die Nachbeobachtung besteht. Es wird jedoch nicht genauer auf die Praxisrelevanz und Umsetzung eingegangen.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i></p> <p>In der Studie werden ausgeschlossene Teilnehmerinnen klar deklariert. Diese sind sehr übersichtlich und nachvollziehbar in einer Abbildung dargestellt.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</i></p> <p>Wir haben festgestellt, dass Frauen mit dem Entscheidungsprozess bezüglich der Brustrekonstruktion weitgehend zufrieden sind und stabile Behandlungsraten die Patientennachfrage weitgehend widerspiegeln. Relevante klinische und behandlungsbezogene Faktoren erklären den Entscheid einer verzögerten Rekonstruktion von vier Jahren nach der Krebsdiagnose. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass gesetzgeberische Mandate zur Änderung der Herangehensweise an die Patientenbildung, wie beispielsweise ein 2010 verabschiedetes Gesetz des Bundesstaates New York, wahrscheinlich weniger wirksam sind als mehr praktische Initiativen auf Bodenebene wie Patientenentscheidungsinstrumente oder Förderung von Eingriffen plastischer Chirurgen zu der Zeit, zu der Entscheidungen über die Behandlung getroffen werden. Die Autorinnen und Autoren legen in der Studie nahe, dass eine verbesserte Aufklärung über die Sicherheit von Implantaten und Auswirkungen der Rekonstruktion auf die Nachbeobachtung nötig ist. Schließlich ist die Entwicklung spezifischer Ansätze zur Behandlung von Patienten- und Systemfaktoren mit negativen Auswirkungen auf die Rekonstruktion von Minderheitenfrauen erforderlich.</p>

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission –

Citation

Manne, S., Topham, N., Kirstein, L., Virtue, S., Brill, K., Devine, K., Sorice, K. (2016). Attitudes and Desicional Conflict Regarding Breast REconstruction Among Breast Cancer Patients. *Cancer Nursing*, Vol. 39, 427-435.

<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Das erste Studienziel ist die Charakterisierung des Wissens über Brustrekonstruktionen, Gründe weshalb eine Brustrekonstruktion gewählt wird oder nicht, der Grad der Bereitschaft die Entscheidung einer Brustrekonstruktion zu reffen, den Entscheidungskonflikt der Brustrekonstruktion und die erwartenden Entscheidungen darüber eine Brustrekonstruktion zu haben bei Frauen welche diagnostiziert wurden mit Brustkrebs im Frühstadium und sich entschieden haben zu wählen oder informiert wurden, dass sie eine Mastektomie benötigen oder immer noch im Entscheidungsprozess sind. Zur Zeit der Rekrutierung hatten die Frauen noch keine Brustkrebs Operation.</p> <p>Das zweite Studienziel ist es demographische, medizinische oder ODSF Faktoren (Wissen, Gründe für die Wahl von Brustrekonstruktion, Entscheidungsbereitschaft und Angst) verbunden mit Entscheidungskonflikten zu evaluieren.</p> <p>Hypothese:</p> <p>Die Forschenden vermuten, dass ein höherer Entscheidungskonflikt im Zusammenhang mit geringerem Wissen über Brustrekonstruktionen, weniger Gründe die Brustrekonstruktion zu wählen, mehr Gründe die Brustrekonstruktion nicht zu wählen, geringere Entscheidungsbereitschaft und grössere allgemeine Angst steht.</p>
--	---

<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Der Verlust einer Brust nach einer Mastektomie kann zu Sorgen führen bezüglich des Körperbildes, der Weiblichkeit, den Bedenken, sich normal zu fühlen, kompromittiertes Selbstwertgefühl, Bedenken über die Beziehungen und für einige eine erhöhte psychische Belastung. Bei einem Versuch das Körperbild wiederherzustellen und auf diese Bedenken der Frauen einzugehen, unterziehen sich die Frauen einer Mastektomie, welche geeignete Kandidatinnen sind für eine Brustrekonstruktion.</p> <p>Brustrekonstruktion ist ein Begriff, welcher eine Reihe von chirurgischen Eingriffen beschreibt, welche versuchen die Brustform wiederherzustellen. Eine Brustrekonstruktion kann sofort zum Zeitpunkt einer Mastektomie durchgeführt werden oder auch zu einem späteren Zeitpunkt.</p> <p>Nicht alle Studien weisen positive Wirkungen einer Brustrekonstruktion auf. Postoperative Unzufriedenheit der postoperativen Ergebnisse wurden beschrieben.</p> <p>Der Entscheidungsprozess für eine Brustrekonstruktion umfasst mehrere Schritte. Erstens empfiehlt der Chirurg aufgrund klinischer Faktoren eine Mastektomie oder die Patientin hat die Wahl zwischen einer Mastektomie oder einer brusterhaltenden Operation. Als nächstes entscheidet die Patientin ob sie eine Brustrekonstruktion in Betracht zieht. Wird eine Brustrekonstruktion in Betracht gezogen, wird eine Beratung bzw. Rücksprache mit dem Chirurgen geplant, um die verschiedenen Typen einer Brustrekonstruktion zu besprechen. Danach entscheidet die Patientin ob sie weiterhin eine Brustrekonstruktion durchführen will und welche Art sie möchte. Bei der Wahl einer Brustrekonstruktion wägt die Patientin die potenziellen Vorteile jeder möglichen Operation ab und ihren persönlichen Werte, sowie die Vorlieben gegen die mit jedem Eingriff verbundenen Risiken. Der Entscheidungsprozess wird durch den stressigen Umstand kürzlich mit Brustkrebs diagnostiziert worden zu sein und der kompakten Zeitlinie für die Entscheidungsfindung verkompliziert.</p> <p>Die meisten Krankenhäuser verfügen nicht über eine formalisierte Struktur den Frauen in ihren Entscheidungen zu helfen. Dies ist bedauerlich, da Studie aufzeigen, dass Frauen mehr Zeit und Informationen vor ihrer Entscheidung benötigen.</p> <p>Die Literatur zeigt mehrere Limitationen auf. Es ist wenig über die Rolle von Wissen und Einstellungen über den Entscheidungskonflikt bekannt. Ein grösseres Verständnis über</p>
--	--

	diese Verbindungen würde Informationen liefern, wie Frauen wirksamer auf die Entscheidung vorbereitet werden können.
DESIGN <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>In dieser Studie wird das Studiendesign nicht erwähnt. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass es sich um ein Cross-Sectional Design handelt. Und zwar ist in dieser Studie eine Gruppe involviert und die Auswertung der ganzen Gruppe findet zum gleichen Zeitpunkt statt. Ein weiteres Merkmal ist, dass dieses Design oft gebraucht wird, um Faktoren welche einen Einfluss auf ein bestimmtes Ergebnis haben, zu untersuchen. Umfragen, Fragebögen und Interviews sind häufige Verfahren dieses Studiendesigns und auch in dieser Studie ersichtlich.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Es sind keine Biases ersichtlich oder erwähnt in der Studie.</p>
SAMPLE N = 55 Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N/A	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>55 Frauen mit Brustkrebs im Frühstadium wurden anhand von Ausgangsdaten einer randomisierten Kontrollstudie, welche die Wirksamkeit von webbasierten Entscheidungshilfen für Brustrekonstruktionen für Frauen mit einer geplanten Mastektomie untersucht, hinzugezogen.</p> <p>Die Patientinnen wurden von Kliniken der Onkologie in 4 Krankenhäuser im Nordosten der Vereinigten Staaten für die Studienteilnahme angesprochen.</p> <p>Folgende Einschlusskriterien wurden formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Patientin hatte eine primäre Diagnose eines duktales Karzinoms in situ oder Brustkrebs im Stadium 1, 2 oder 3a - Die Patientin war weiblich - Die Patientin betrachtet Brustrekonstruktion als Option <p>Die Stichprobe bezog Patientinnen mit ein, welche sich noch nicht für eine Mastektomie oder Lumpektomie entschieden haben, die über eine Brustrekonstruktion nachgedacht haben, bei denen die Mastektomie vom Chirurgen empfohlen wurde und eine Brustrekonstruktion in Betracht ziehen, Patientinnen welche eine Mastektomie wählten und eine Brustre-</p>

	<p>konstruktion in Betracht ziehen, die Patientin war 18 Jahre alt oder älter, die Patientin konnte ihre Einwilligung erteilen und die Patientin sprach Englisch.</p> <p>Geeignete Patientinnen wurden identifiziert und persönlich oder telefonisch angesprochen nach dem ersten chirurgischen Besuch, wenn die Patientin der Studie durch ihren Onkologen zugewiesen wurde. Die Patientin erhielt eine schriftliche Einverständniserklärung und eine Umfrage zur Basiserhebung, welche sie per Post zurücksenden musste.</p> <p>Von den 104 untersuchten Patientinnen waren 97 teilnahmeberechtigt und 55 stimmten der Teilnahme zu.</p> <p>Gründe für den Ausschluss aus der Studie waren folgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Patientinnen sprachen oder konnten kein Englisch lesen - 2 Patientinnen hatten krebs im Stadium 3b - 2 Patientinnen hatten prophylaktische Chirurgie - 1 Patientin entschied sich für eine Lumpektomie <p>Die Patientinnen welche die Teilnahme an der Studie abgelehnt haben, waren zwischen 30-76 Jahre alt, waren überwiegend weiss (59,5%), nicht- Hispanisch (92,9%), 50% wurden mit einem dukalen Karzinom in Situ oder Stadium 1 diagnostiziert und die „Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) waren asymptomatisch (92,9%). Mehr als 61% derjenigen, welche die Teilnahme ablehnten, gaben kein Grund an. Die Frauen welche einen Grund angaben, äusserten das Fehlen eines Nutzens an der Teilnahme.</p> <p>Zwischen den 55 Teilnehmerinnen und den 472 welche ablehnten, wurden die verfügbaren Daten verglichen (d.h. Alter, Rasse, Ethnizität, Krankheitsstadium, ECOG status und Zeit seit der Diagnose). Dabei wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Die Teilnehmerinnen erhielten eine Einverständniserklärung, welche sie ausfüllen und zurücksenden mussten. Es ist nicht bekannt ob eine Genehmigung des Ethikkomitees eingeholt wurde.</p>
--	--

<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Demografische und medizinische Variablen:</p> <p>Die Patientinnen berichteten über Alter, Einkommen, ethnische Zugehörigkeit, Familienstand und berufliche Situation. Das Stadium der Erkrankung, das Datum der Diagnose und der ECOG Leistungsstatus wurden vom Studiendiagramm gesammelt. Ausserdem wurde aufgezeichnet ob die Teilnehmerinnen einen plastischen Chirurgen konsultierte bevor sie die Umfrage vervollständigten.</p>
<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Wissen über Brustrekonstruktionen:</p> <p>Es wurde eine 19-fragige Umfrage von einem Chirurgen über das Wissen von Brustrekonstruktion entwickelt. Dieses Messinstrument beinhaltete elf wahr oder falsch Fragen über das Verfahren und die Risiken und acht Multiple Choice Fragen über das Wissen von Komplikationen und Brustrekonstruktionstypen. Beispiele für Wahr und Falsch Fragen waren folgende: „Implantate halten ein Leben lang, also müssen sie nie mehr operieren um sie zu ersetzen“ und „Nach der Operation kann es ein bis zwei Jahre dauern, um vollständig zu heilen“. Zu den Antwortoptionen gehörte auch „Ich weiss es nicht“. Auswahlmöglichkeiten beinhalteten: „Gewebelappenverfahren verwenden Gewebe von welchen folgenden Bereichen des Körpers, um die Brust wiederaufzubauen (Auswahl: Bauch, Rücken, Oberschenkel, Gesäss, weiss nicht, alle oben genannten). Antworten welche mit „Ich weiss nicht“ markiert wurden, wurden als falsch codiert. Die Punktzahl wurde als Prozent (0Y100) korrekt berechnet.</p> <p>Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht:</p> <p>Es wurde eine Umfrage mit 33 Elementen entwickelt unter Verwendung von zwei Methoden. Zuerst wurden sechs Elemente aus der Brustkrebs Entscheidungsfindung Massnahme angepasst, 41 Elemente wurde entwickelt um die Entscheidung der Frauen zu untersuchen bezüglich des Vergleiches der Mastektomie und zur Brusterhaltenden Operation. Die sechs Punkte bestimmten die ärztliche Unterstützung, die Unterstützung des Partners, die Attraktivität für den Partner, körperliches Erscheinungsbild, das Gefühl der Weiblichkeit und Sexualität. Die verbleibenden Elemente wurden auf der Grundlage einer Überprüfung der Literatur von Brustrekonstruktion entwickelt. Von drei Brustkrebschirurgen wurde ein Feedback eingeholt und nachfolgende Überarbeitungen gemacht. Die Elemente wurden auf eine 5-Punkte-Skala bewertet (1= stimme überhaupt nicht zu 5= stimme völlig zu). Gründe beinhalteten das Aussehen, die Weiblichkeit, Emotionen, Beziehungseinflüsse und Bedenken, chirurgische Risiken, Wissen und die Interaktion mit dem Arzt. Es wurden zwei Skalen gebildet: Gründe sich für eine BR zu entscheiden</p>

	<p>(17Elemente) und Gründe sich dagegen zu entscheiden (8 Elemente). Acht Elemente wurden von den finalen Skalen ausgeschlossen. Drei Elemente bezüglich des Wissens (ich kenne keine Risiken oder Vorteile) wurden ausgeschlossen, da sie sich mit der Skala der Entscheidung überschneiden, einem Element über Dating wurde ausgeschlossen, weil zu wenig Frauen die Frage beantworteten (n=7) und vier Elemente wurden aufgrund der geringen Korrelation ausgeschlossen. Die interne Konsistenz aus den Gründen sich nicht für eine BR zu entscheiden wurde nicht berichtet, da die Literatur darauf hindeutet, dass die Gründe weshalb die Wahrnehmung eines Grundes sich nicht an einem bestimmten Verhalten orientiert und nicht mit einem anderen Grund verbunden ist sich an einem Verhalten zu beteiligen. Für die Datenanalyse wurde für jede Skala einen Durchschnittswert verwendet. Die Werte können zwischen Eins und Fünf liegen.</p> <p>Entscheidungsbereitschaft:</p> <p>Zwei Skalen haben dieses Konstrukt gemessen. Zuerst wurde eine 12-teilige Vollständigkeit der Vorbereitungsskala, aus früheren Forschungen zu Entscheidungen in Bezug auf Mikrosatellit Instabilitätsprüfung, angepasst. Punkte beinhalteten „Mir wurden ausreichende Informationen zur Verfügung gestellt über den Zweck einer BR“ und „die Informationen, die ich erhalten haben, deckten die Hauptgründe ab weshalb sich Leute gegen eine BR entschieden haben. Die Elemente wurden auf einer 5-Punkte-Skala bewertet (1= gar nicht einverstanden 5= völlig einverstanden). In zweiter Linie bewertete eine 7-Punkte-Messinstrument die Zufriedenheit mit der Vorbereitung, um eine Entscheidung treffen zu können, welche sich früheren Untersuchungen über Entscheidungen bezüglich dem Mirko Satellit Instabilitätsprüfung anpasst. Elemente enthielten „Wie zufrieden sind sie mit der Menge der Informationen die sie bisher erhalten haben?“ und „Wie zufrieden sind sie mit den Informationen die sie über die Risiken von BR erhalten haben. Die Elemente wurden auf einer 5-Punkt-Skala bewertet (1= überhaupt nicht, 5= sehr zufrieden). Der Zusammenhang zwischen der Vollständigkeit- und Zufriedenheit Skalen war sehr hoch ($r=0.90$) und daher die beiden Skalen in einer Skala kombiniert wurde, die als Entscheidungsskala bezeichnet wurde. Für die Analyse wurde der Durchschnittswert verwendet, wobei die Werte zwischen eins und fünf liegen.</p> <p>Entscheidungskonflikt:</p> <p>Die Skala des Entscheidungskonfliktes besteht aus 16 Elementen. Diese validierte Skala wurde in Studien gebraucht zur Bewertung von Entscheidungsprozessen in medizinischen Einrichtungen. Die Elemente wurden bewertet von stark zustimmend zu stark widersprechend. Um die Ergebnisse zu berechnen wurde die Punktzahl mit 25</p>
--	--

	<p>multipliziert, wie von den Autoren der Skalen empfohlen, so dass die Werte zwischen 0 und 100 liegen. Höhere Werte deuten auf grössere Entscheidungskonflikte hin. Für die Zwecke dieser Studie wurden Punkte überarbeitet um die Entscheidung einer BR widerzuspiegeln (z.B. „Ich bin mir darüber im Klaren wie wichtig die potentiellen Vorteile der BR in dieser Entscheidung sind).</p> <p>Angstzustände:</p> <p>Die State Version des State-Trait Anxiety Inventory wurde verwendet. Dieses weit verbreitete 21-teilige Messinstrument bewertet häufige Symptome von Angstzuständen. Die Elemente wurden auf einer 4-Punkt-Skala bewertet (1= fast nie, 4= fast immer). Teilnehmerinnen wurden gefragt wie sie sich zurzeit fühlen. Für die Analyse wurde eine zusammenfassende Bewertung verwendet und der mögliche Bereich der Ergebnisse lag bei 20 bis 80.</p> <p>Erwartete Entscheidung:</p> <p>Die Teilnehmerinnen wurden gefragt, ob sie der Meinung sind, dass sie eine Entscheidung über eine BR gemacht haben und an welcher Rekonstruktionsmöglichkeit sie am meisten interessiert waren (einschliesslich keine BR zu haben oder zu einem späteren Zeitpunkt).</p>		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="446 1025 858 1984"> <p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibende Informationen über die Stichprobe - Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht - Wissen über Brustrekonstruktionen, Entscheidungsbereitschaft und Entscheidungskonflikt - Erwartete Entscheidung der Brustrekonstruktion und Korrelate der erwarteten Entscheidungen - Regressionsanalyse Vorhersage von Entscheidungskonflikten </td><td data-bbox="858 1025 1377 1984"> <p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissen über BR: 19-fragige Umfrage über das Wissen von Brustrekonstruktion - Gründe eine BR zu wählen: Umfrage mit 33 Elementen (entwickelt mittels 2 Methoden). - Entscheidungsbereitschaft: 12-teilige Vollständigkeit der Vorbereitungsskala - 7-Punkte-Messinstrument über die Zufriedenheit mit der Vorbereitung um eine Entscheidung zu treffen - Entscheidungskonflikt: Skala des Entscheidungskonfliktes - Angstzustände: Die State Version des State-Trait Anxiety Inventory </td></tr> </table>	<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibende Informationen über die Stichprobe - Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht - Wissen über Brustrekonstruktionen, Entscheidungsbereitschaft und Entscheidungskonflikt - Erwartete Entscheidung der Brustrekonstruktion und Korrelate der erwarteten Entscheidungen - Regressionsanalyse Vorhersage von Entscheidungskonflikten 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissen über BR: 19-fragige Umfrage über das Wissen von Brustrekonstruktion - Gründe eine BR zu wählen: Umfrage mit 33 Elementen (entwickelt mittels 2 Methoden). - Entscheidungsbereitschaft: 12-teilige Vollständigkeit der Vorbereitungsskala - 7-Punkte-Messinstrument über die Zufriedenheit mit der Vorbereitung um eine Entscheidung zu treffen - Entscheidungskonflikt: Skala des Entscheidungskonfliktes - Angstzustände: Die State Version des State-Trait Anxiety Inventory
<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibende Informationen über die Stichprobe - Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht - Wissen über Brustrekonstruktionen, Entscheidungsbereitschaft und Entscheidungskonflikt - Erwartete Entscheidung der Brustrekonstruktion und Korrelate der erwarteten Entscheidungen - Regressionsanalyse Vorhersage von Entscheidungskonflikten 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissen über BR: 19-fragige Umfrage über das Wissen von Brustrekonstruktion - Gründe eine BR zu wählen: Umfrage mit 33 Elementen (entwickelt mittels 2 Methoden). - Entscheidungsbereitschaft: 12-teilige Vollständigkeit der Vorbereitungsskala - 7-Punkte-Messinstrument über die Zufriedenheit mit der Vorbereitung um eine Entscheidung zu treffen - Entscheidungskonflikt: Skala des Entscheidungskonfliktes - Angstzustände: Die State Version des State-Trait Anxiety Inventory 		

<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Die Studie wurde vom Ottawa Decision Support Framework geleitet (ODSF). Dieses Konzept definiert Entscheidungskonflikte und die Faktoren welche damit verbunden sind. Ein Entscheidungskonflikt ist definiert als ein Zustand der Ungewissheit über die zu treffende Vorgehensweise. Faktoren die zu Entscheidungskonflikten beitragen schliessen mangelnde Informationen über Alternativen, Vorteile, Risiken, Mangel an Klarheit in Bezug auf persönliche Werte, seelische Belastung und wahrnehmen mangelnder Unterstützung in Bezug auf die Auswahl oder Wahrnehmung von Druck eine bestimmte Vorgehensweise zu wählen. Der ODSF schlägt vor, dass der Entscheidungskonflikt bei Einzelpersonen verringert werden kann mittels Informationen über Optionen, Vorteile, Risiken, sowie Unterstützung bei der Wertklärung und Vorgehensweise der Schritte einer bewussten Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Auswahl der Prädiktoren beruhte auf diesem Modell. Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Wissen über Brustrekonstruktionen (bereitgestellte Informationen) - Wahrgenommene Gründe sich nicht für eine Brustrekonstruktion zu entscheiden (Risiken) - Wahrgenommene Gründe für die Wahl der Brustrekonstruktion (Nutzen, Unterstützung und Druck von anderen) - Die Bereitschaft die Entscheidung zu treffen (Empfundener Komfort und Zufriedenheit mit Informationen über chirurgische Alternativen, Vorteile und Risiken) - Angstzustände welche zu den Faktoren des Entscheidungskonfliktes beitragen
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Beschreibende Informationen über die Stichprobe</p> <p>Die Eigenschaften der Stichprobe sind: sie waren vorwiegend weiss, gebildet, vorwiegend unter 50 Jahren, verheiratet oder in einer festen Beziehung, Krankenversicherung vorhanden und liessen sich bezüglich einer Brustrekonstruktion beraten.</p>

<div data-bbox="225 241 368 315"> <input type="checkbox"/> Not addressed </div> <div data-bbox="225 394 429 506"> Were the analysis method(s) appropriate? </div> <div data-bbox="225 524 320 560"> <input checked="" type="checkbox"/> Yes </div> <div data-bbox="225 577 309 613"> <input type="checkbox"/> No </div> <div data-bbox="225 631 368 705"> <input type="checkbox"/> Not addressed </div>	<div data-bbox="459 241 1228 277"> Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht </div> <div data-bbox="459 300 1366 1106"> <p>Die vier meisten Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen, war wenn die Patientin wollte, dass ihre Brüste gleich gross sind (Mittelwert 4.38), sie wollte nach der Operation aufwachen bei der eine Brust eingesetzt war (Mittelwert 4.13), sie spürte, dass es sie stören würde in den Spiegel zu schauen und eine Narbe ohne eine Brust zu sehen (Mittelwert 4.02) und mit Brustrekonstruktion würde sie sich ganz fühlen (Mittelwert 3.98). Die vier tiefsten Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen waren, dass der Partner die Teilnehmerin bat die Brustrekonstruktion zu wählen (Mittelwert 2.42), es würde der Teilnehmerin helfen den Brustkrebs zu vergessen (Mittelwert 2.49), Brustrekonstruktion würde die Beziehung verbessern (Mittelwert 2.64) und eine Brustrekonstruktion verbessert die sexuelle Beziehung (Mittelwert 2.73). Die meisten Gründe die Brustrekonstruktion nicht zu wählen standen im Zusammenhang mit den medizinischen Risiken. Die Teilnehmerin wollte nicht mehr Operationen haben als sie benötigt (Mittelwert 3.93), Sie machte sich Sorgen über die Risiken und möglichen Komplikationen (Mittelwert 3.76) und sie war besorgt über langfristige Probleme, die nach einer Brustrekonstruktion auftreten könnten, sowie über die Narben und die Schmerzen (Mittelwert 3.27). Ein weiterer Grund war, dass sie sich unwohl fühlten ihren Arzt über eine Brustrekonstruktion zu fragen (Mittelwert 1.31).</p> </div> <div data-bbox="459 1128 1362 1202"> Wissen über Brustrekonstruktionen, Entscheidungsbereitschaft und Entscheidungskonflikt </div> <div data-bbox="459 1225 1366 1718"> <p>Der durchschnittliche Wissensstand der Brustrekonstruktion war tief mit einem Durchschnitt von 34 Prozent. Die Bewertungen lagen zwischen 0 und 74 Prozent. Der Mittelwert der Entscheidungsbereitschaft betrug 2.56 (3 entspricht „mässig“ und die Skala hatte einen möglichen Bereich von 1Y5). Der Entscheidungskonflikt war niedrig mit einem Durchschnitt von 33.5 von 100 Punkten. Es ist interessant festzustellen, dass Frauen die sich von einem plastischen Chirurgen beraten liessen, signifikant höheres Wissen über Brustrekonstruktion hatten ($p < 0.01$). sowie signifikant höhere Entscheidungsbereitschaft aufwiesen ($p < 0.05$) und von höheren Angst ($p < 0.05$) berichteten, jedoch nicht signifikante mehr Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht oder einen niedrigen Entscheidungskonflikt melden.</p> </div> <div data-bbox="459 1740 1347 1814"> Erwartete Entscheidung der Brustrekonstruktion und Korrelate der erwarteten Entscheidungen </div> <div data-bbox="459 1836 1366 1982"> <p>Fast die Hälfte der Stichprobe gab an, dass sie eine Entscheidung bezüglich einer Brustrekonstruktion getroffen haben. 26 Frauen berichteten, dass sie eine Entscheidung getroffen haben und 22 Frauen berichteten eine Form von Brustrekonstruktion gewählt zu haben,</p> </div>
---	---

	<p>wobei die meisten davon ausgehen Implantate zu wählen (20 Prozent). 28 Frauen gaben an keine Entscheidung getroffen zu haben. Frauen welche sich nicht für eine Brustrekonstruktion entschieden haben, gaben signifikant mehr Gründe dafür an ($p < 0.001$), hatten geringere Entscheidungsbereitschaft ($p < 0.001$) und einen grösseren Entscheidungskonflikt ($p < 0.001$). Jedoch waren keine Unterschiede bezüglich dem Wissen über Brustrekonstruktion oder Gründe sich für eine Brustrekonstruktion zu entscheiden.</p> <p>Regressionsanalyse Vorhersage von Entscheidungskonflikten</p> <p>Zusammenhänge zwischen demografischen und medizinischen Faktoren, sowie dem Entscheidungskonflikt wurden zuerst untersucht und dann nur Variablen, die signifikant mit dem Entscheidungskonflikt verbunden waren, in die schrittweise Regression eingeschlossen. Die Vergleiche zeigten, dass eine bessere Zeit seit der Diagnose mit signifikant mehr Entscheidungskonflikten in Verbindung stand ($p = 0.05$). Andere Vergleiche zeigten keine signifikanten Assoziationen. Daher wurde die Zeit seit der Diagnose im ersten Schritt angegeben, Wissen über Brustrekonstruktion in zweiten Schritt, Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht im dritten Schritt und die Entscheidungsbereitschaft und Angst im vierten Schritt. Signifikante Prädiktoren im letzten Schritt waren eine Anzahl von Gründen keine Brustrekonstruktion zu wählen ($p = 0.05$) und Entscheidungsbereitschaft ($p = 0.001$). Höherer Entscheidungskonflikt wurde mit höheren Punkten für die Gründe keine Brustrekonstruktion zu wählen und ein tieferes Level der Entscheidungsbereitschaft in Verbindung gesetzt. Im letzten Schritt, wenn andere Variablen kontrolliert wurden, Zeit seit der Diagnose, Wissen über Brustrekonstruktionen, Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen und Angst, diese standen nicht in Verbindung mit dem Entscheidungskonflikt, wenn andere Variablen ins Model eingeschlossen wurden. Die Variablen begründeten für 71 Prozent die Varianz des Entscheidungskonfliktes.</p> <p>Datenanalyse:</p> <p>Für das erste Ziel wurde eine deskriptive Statistik erstellt. Die Analyse für das zweite Ziel wurde in zwei Schritten durchgeführt, um die mögliche Anzahl von Variablen zu reduzieren welche in der Regressionsanalyse eingeschlossen sind und die die Entscheidungskonflikte vorhersagen aufgrund der kleinen Stichprobengrösse. Zuerst wurden die Zusammenhänge zwischen demografischen Merkmalen (Alter, Einkommen, Bildung, Beziehungsstatus, Ethnizität, Entscheidungskonflikt und medizinische Faktoren) mittels angemessenen statistischen Tests (T-Test, Varianzanalyse oder Korrelationen) untersucht. Danach wurden die signifikanten Korrelationen von dieser Analyse in die schrittweise Regression eingeschlossen. Die Anordnung der Reihenfolge wurde anhand der erwarteten Bedeutung im Entschei-</p>
--	--

	<p>dungskonflikt gemäss dem ODSF bestimmt. Das Wissen wurde im ersten Schritt eingegeben, Gründe eine Brustrekonstruktion zu wählen oder nicht im zweiten Schritt hinzugefügt und in einem dritten Schritt wurde die Angst eingegeben.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Ergebnisse dieser Studie haben klinische Auswirkungen auf die Pflege und anderen Gesundheitsfachkräfte welche mit Patientinnen arbeiten die eine BR in Betracht ziehen. Zusammengefasst schlagen die Ergebnisse vor, dass Gesundheitsfachkräfte tiefere Levels von Entscheidungskonflikten ermöglichen und die Entscheidungsbereitschaft erhöhen, wenn diese Fragen über potentielle Risiken und Vorteile einer BR ansprechen. Die Ergebnisse schlagen vor, dass Unterstützung bei der Entscheidung hilfreich sein könnte bevor die Patientin einen plastischen Chirurgen konsultiert. Aber auch darauf hinzuweisen, dass die Unterstützung zur Entscheidung hilfreich sein kann nachdem sie einen plastischen Chirurgen konsultierten, weil einige von den Frauen nach der Konsultation einen Entscheidungskonflikt zeigten. Unterstützung in der Entscheidung welche darauf zugeschnitten ist Frauen zu helfen in der Abwägung der Risiken und Vorteile könnte hilfreich sein, da Gründe sich nicht für eine BR zu entscheiden eine wichtige Rolle im Entscheidungskonflikt spielten. In der Tat laufen derzeit kleine Studien, die sich auf die Entwicklung einer akzeptablen und wirksamen Entscheidungshilfe fokussiert, um die Entscheidung einer BR bei Frauen mit einer Mastektomie zu erleichtern.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Es sind keine Drop-outs in dieser Studie erwähnt.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Dass sich die Frauen mehr Informationen über die BR wünschen stimmt mit Ergebnissen von anderen Studien überein, sowie dass sie sich nicht gut vorbereitet fühlten. Die Gründe der Frauen für die Wahl einer BR waten in erster Linie das Aussehen / die Weiblichkeit und emotionale Besorgnis.</p> <p>Für die meisten Frauen die einen Partner hatten, hatte der Partner kein Einfluss auf die Entscheidung einer BR und die BR wurde nicht als Möglichkeit angesehen ihre sexuelle Beziehung wiederherzustellen oder den Frauen zu helfen den Brustkrebs zu vergessen.</p>

	<p>Interessant war es festzustellen, dass der Entscheidungskonflikt relativ niedrig war.</p> <p>Im Durchschnitt berichteten die Teilnehmerinnen, dass ihre Entscheidung gezeigt hat, wie wichtig es für sie sei, dass sie erwarteten an ihrer Entscheidung festzuhalten und dass sie mit ihrer Wahl zufrieden waren.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie waren teilweise mit ihrer Hypothese gleich. Ihre Ergebnisse unterstützten teilweise das ODSF und frühere Arbeiten.</p> <p>Während der Entscheidungsphase vor der Brustoperation gaben fast die Hälfte ihrer Stichprobe an eine Entscheidung getroffen zu haben. Die meisten wählten eine BR. Frauen welche noch keine Entscheidung getroffen haben, hatten signifikanter höhere Punkte auf der Skala für Gründe keine BR zu wählen, niedrigeres Niveau der Entscheidungsbereitschaft und höhere Entscheidungskonflikte. Jedoch keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Wissen über BR oder Gründe für die Wahl einer BR.</p> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrheit der Stichprobe war weiss und hatte eine Krankenversicherung und weniger als ein Viertel der Stichprobe war älter als 60 Jahre - Kleine Stichprobe <p>Die Population ist nicht Repräsentativ und die Ergebnisse können sich mit einer grösseren Stichprobe unterscheiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegen der kleinen Stichprobe konnten keine Unterschiede bezüglich Wissen, Einstellungen über BR, Entscheidungsbereitschaft und Entscheidungskonflikten zwischen den zwei Gruppen untersucht werden.
--	---

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

[McMaster University](http://www.mcmaster.ca)

- Adapted Word Version Used with Permission –

Citation

Nelson, J., Fischer, J., Radecki, M., Pasick, C., McGrath, J., Serletti, J., & Wu, L. (2013). Delayed autologous breast reconstruction: Factors which influence patient decision making. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 1513-1520.

<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Das Ziel dieser Studie war die Faktoren welche zur Entscheidung einer sekundären Brustrekonstruktion führen besser zu verstehen. Ihre Institution neigt dazu, primäre Brustrekonstruktionen durchzuführen, auch wenn diese vielleicht eine postoperative Bestrahlung benötigen. Abgesehen von dieser Tendenz gibt es Patientinnen welche sich für eine sekundäre Brustrekonstruktion entscheiden.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant back-ground literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Das optimale Timing einer Brustrekonstruktion ist weiterhin ein umstrittenes Thema. Einige glauben daran, dass wenn es unklar ist ob eine Strahlung notwendig ist, eine sekundäre Brustrekonstruktion besser sei. Grund dafür ist, dass die Bestrahlung einen ungünstigen Effekt auf das ästhetische Ergebnis haben kann und sogar die onkologische Behandlung beeinträchtigt. Andere denken, dass eine primäre Brustrekonstruktion , auch in den Fällen in welchen eine postoperative Bestrahlung notwendig ist, optimal für die Patientinnen ist aus psychologischer Sicht. Es hat sich gezeigt, dass die primäre Brustrekonstruktion einen Vorteil ist in der ganzheitlichen Behandlung von Frauen mit Brustkrebs. Ausserdem konnten verbesserte Raten aufgezeigt werden bezüglich der psychologischen Gesundheit bei einer primären Brustrekonstruktion. Bei Patientinnen mit einer sekundären Brustrekonstruktion konnte präoperativ körperliche Besorgnis, Stigmas und Probleme der Nachvollziehbarkeit festgestellt werden.</p>

<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Für die quantitative Studie wurde als Studiendesign eine Retrospektive Kohorten Studie gewählt. Eine Kohorte ist eine Gruppe von Menschen, welche einer ähnlichen Situation ausgesetzt waren. Die Gruppe wird mit einer Kontrollgruppe verglichen, welche nicht einer ähnlichen Situation ausgesetzt waren oder nicht die gleiche Behandlung erhielten. Die Verteilung der Menschen zur Interventions- oder Kontrollgruppe wird nicht von den Forschenden bestimmt. Law, (1998)</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Um den Effekt von Recall-Biases der Daten zu minimieren, wurden Daten von Studien zwischen 2005 – 2007 mit den Daten von Betroffenen zwischen 2008 – 2009 verglichen. Ersichtliche Unterschiede wurden notiert.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N =</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Die Teilnehmerinnen wurden anhand des Zeitpunkts der Brustrekonstruktion identifiziert und letztendlich zwischen einer primären und sekundären Brustrekonstruktion verglichen. Es wurde eine ausführliche Untersuchung der Aufzeichnungen von stationären und ambulanten Krankenhäusern durchgeführt. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Vorbereitung bzw. Vorkonstruktion von Patientenmerkmale und der Behandlungen gewidmet. Diese beinhalten die Ethnizität, Krankengeschichte, einseitige oder bilaterale Brustrekonstruktion, anfängliches onkologisches Management, die Entfernung der Institution und das durchschnittliche Einkommen gemäss der Postleitzahl. Einkommensmerkmale wurden aus 2000 Volkszählungen erhalten, welche online verfügbar sind. Die Entfernung der Institution wurde mittels der Google-Maps Anwendung berechnet. Für die Zwecken der Studie wurde eine Patientin, welche sich einer doppelseitigen Brustrekonstruktion unterzieht, bei welchem eine Seite sekundär war, als ein Teil der sekundären Brustrekonstruktionskohorte betrachtet.</p> <p>Als ein sekundärer Aspekt der Studie wurden allen sekundä-</p>

	<p>ren Brustrekonstruktionen ein Fragebogen im Herbst 2009 gemailt, welcher sich über die Behandlungsentscheidung, die Wahl der Rekonstruktion, die Beurteilung des Ergebnisses, den Informationsquellen und der Zufriedenheit der präoperativen Beratung widmet.</p> <p>Die Umfrage bzw. der Fragebogen beinhaltete mehrere studienspezifische Werkzeuge, sowie validierte Abschnitte von Fragebögen. Einschliesslich des dritten Abschnitts der Breast-Q gerichtet an postoperative Rekonstruktionspatientinnen. Das studienspezifische Tool wurde für spezifische Fragen und Themen Im Zusammenhang mit sekundärer Brustrekonstruktion entwickelt.</p> <p>In der Studie werden die auserwählten Patientinnen nicht genauer beschrieben. Es sind keine Ein- und Ausschlusskriterien vorhanden. Es wurde keine „Sample Size Calculation“ beschrieben.</p> <p><i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</i></p> <p>Institutionelle IRB Genehmigung wurde vor Beginn des Projekts erteilt. Es wurde kein Ethikkomitee erwähnt.</p>
--	--

<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Der Fragebogen wurde von den Teilnehmerinnen einmalig ausgefüllt.</p>	
	<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenmerkmale - Onkologische Behandlung - Timing gemäss einseitiger oder zweiseitiger Brustrekonstruktion - Patientenmerkmale gemäss Fragebogen - Behandlungsmerkmale und Entscheidung 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chi Square Test - Fisher's exact Test - Wilcoxon Rank Sum Test - STATA IC 10.0

<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Der Fragebogen wurde einmalig ausgefüllt. Im Herbst 2009 wurde dieser allen Patientinnen mit sekundärer Brustrekonstruktion gemailt.</p> <p>Es wurde keine Intervention durchgeführt. Die Patientinnen beantworteten Fragen über die Behandlungsentscheidung, die Wahl der Rekonstruktion, die Beurteilung des Ergebnisses, den Informationsquellen und der Zufriedenheit der präoperativen Beratung.</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Insgesamt unterzogen sich 709 Patientinnen einer autologen Brustrekonstruktion, gemäss den vorherigen Autoren, im Zeitraum der Studie. Davon hatten 169 (24 Prozent) eine sekundäre Brustrekonstruktion. Diese Kohorte (sekundäre Brustrekonstruktion) wurde direkt mit den 540 Patientinnen (76 Prozent) verglichen, welche eine primäre Brustrekonstruktion hatten. Bei der Untersuchung der Grundmerkmale wurde bezüglich Alter, BMI oder Ethnizität keine Unterschiede festgestellt zwischen den beiden Kohorten. In der Auswertung der Krankengeschichte wurde eine höhere Inzidenz von COPD bei sekundärer Brustrekonstruktion und eine grössere Prävalenz</p>

<p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>von Raucher ersichtlich. Zwar gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Kohorten bezüglich der Entfernung von der Institution, jedoch gab es einen Trend zu einem höheren Prozentsatz bei der Kohorte der sekundären Brustrekonstruktionen, dass sie mehr als 100 Meilen von der Institution entfernt lebten. (9.0% vs. 6.0%, $p=0.12$). Die sekundären Brustrekonstruktionen neigten dazu in Umgebungen zu wohnen, in welchen das Haushaltseinkommen niedriger war, verglichen zu den primären Brustrekonstruktionen ($p=0.011$).</p> <p>Zusätzlich wurde bei der Untersuchung der Krebsdiagnose und Behandlung einige Unterschiede festgestellt. Sekundäre Brustrekonstruktionen hatten häufig ein höheres Krebsstadium ($p<0.001$). Diese Patientinnen hatten öfters eine Strahlentherapie vor der Brustrekonstruktion (64 Prozent vs. 20 Prozent, $p<0.0001$), sowie eine Chemotherapie vor der Brustrekonstruktion (78 Prozent vs. 33 Prozent, $P<0.0001$). Letztendlich waren die sekundären Brustrekonstruktionen einseitig (64 Prozent vs. 48 Prozent, $p<0.0001$) und gleichermassen war ein grösserer Prozentsatz von einseitigen Brustrekonstruktionen im Vergleich von beidseitigen Brustrekonstruktionen eine sekundäre Brustrekonstruktion. (30 Prozent vs. 18 Prozent, $p<0.0001$)</p> <p>Resultate des Fragebogens:</p> <p>Der Fragebogen wurde von 70 Patientinnen mit einer sekundären Brustrekonstruktion ausgefüllt (41 Prozent), wobei eine fast gleiche Verteilung von einseitig oder zweiseitig bestand (51 Prozent einseitig, 49 Prozent zweiseitig). Die Kohorte war gut ausgebildet, wobei 79 Prozent mindestens einen Hochschulabschluss hatten und 37 Prozent einen Doktoranden. Die meisten waren zurzeit angestellt und fast 50 Prozent der Kohorte hatten ein Haushaltseinkommen von $>100'000\\$. 75 Prozent durchliefen ihre erste Mastektomie bei einem ausserhalb liegendem Gesundheitswesen. 71 Prozent hatten eine Strahlentherapie vor ihrer Brustrekonstruktion und 81 Prozent eine Chemotherapie.</p> <p>Zum Zeitpunkt der Mastektomie berichteten fast 20 Prozent keine Beratung oder Diskussion bezüglich der Brustrekonstruktion gehabt zu haben. Wenn eine Diskussion stattgefunden hat, gaben nur 51 Prozent an eine Diskussion über primäre oder sekundäre Brustrekonstruktion gehabt zu haben. Ungefähr 30 Prozent gaben an, dass sie keine Wahl bezüglich des Zeitpunktes der Brustrekonstruktion hatten. 39 Prozent hatten keine Diskussion über die Vor- und Nachteile der re-</p>
---	---

	<p>konstruktiven Optionen. Zusätzlich hatten 31 Prozent keine Diskussion über die verschiedenen Optionen einer Brustrekonstruktion. In Bezug auf die Einflüsse in der Wahl der Brustrekonstruktion, wurde die Kohorte der sekundären Brustrekonstruktion durch das Verlangen sich weiblich zu fühlen, natürlich auszusehen, andere Kleidung zu tragen und ihr Leben zurückzubekommen, beeinflusst. Sie wurden weniger von dem Bedarf an zusätzlichen Operationen und Empfehlungen des Arztes beeinflusst. Die meisten Gründe weshalb eine sekundäre Brustrekonstruktion ausgewählt wurde war, dass sie sich keine Sorgen um die Rekonstruktion zum Zeitpunkt der Diagnose machen wollten (55 Prozent), die Empfehlungen des Arztes (52 Prozent), sie wollten warten bis die ganze Behandlung beendet war (48 Prozent) oder sie wollten die Strahlentherapie abwarten (38 Prozent). 30 Prozent stimmten sich gegenseitig zu, dass sie sich für eine sekundäre Brustrekonstruktion entschieden haben, weil sie kein Angebot der primären Brustrekonstruktion erhielten.</p> <p>Informationsquellen und Zufriedenheit</p> <p>Die Patientinnen gaben an, dass ihre Ärzte (vor allem ihre plastischen- und Brustchirurgen) ihre Entscheidung stark beeinflusst haben und dass sie weniger Einfluss von Freunden, anderen Patienten, Medien oder Selbsthilfegruppen erhielten. Die Patientinnen waren sehr zufrieden mit den bereitgestellten Informationen durch ihre plastischen Chirurgen bezüglich wie die Brustrekonstruktion durchgeführt wird, über die Heilung und die Genesung. Eine geringere Zufriedenheit wurde in den präoperativen Informationen bezüglich der Komplikationen, die Erscheinung von postoperativen Brüsten und die Narben sowie der Mangel an Empfindung / Wahrnehmung.</p> <p>Ergebnisse der Brustrekonstruktion:</p> <p>Die Patientinnen waren insgesamt mit ihren Ergebnissen der Brustrekonstruktionen zufrieden. Acht bis fünf Prozent würden die Behandlung wieder durchführen und 87 Prozent würden andere ermutigen das Gleiche zu tun in ähnlichen Situationen. 75 Prozent gaben an, dass die Brustrekonstruktion ihr Leben zum besseren veränderte und 84 Prozent hatten kein Bereuen. Bemerkenswert ist, dass 45 Prozent eine primäre Rekonstruktion gewählt hätten, wenn sie die Option gehabt hätten.</p>
--	---

	<p>Datenanalyse:</p> <p>Die Daten wurden in ein Excel Arbeitsbuch übertragen. Die Analyse beinhaltete die Chi Square und Fisher's exact tests für kategorische Variablen und den Wilcoxon Rank Sum Test für weiterführende Variablen. Alle Tests waren zweiseitig und die statistische Signifikanz wurde als $P < 0.05$ definiert. Bei allen Analysen wurde das STATA IC 10.0 angewendet.</p> <p>Die Forscherinnen und Forscher dieser Studie benutzten mehrere Methoden zur Datenanalyse. Sie beschreiben jedoch nicht, weshalb sie sich für diese entschieden haben.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>In der Schlussfolgerung wird kurz erwähnt, dass die Kommunikation und Schulung verbessert werden muss. Genauer wird nicht auf die Praxis eingegangen. Es wurden einige signifikante Unterschiede zwischen den zwei Kohortgruppen festgestellt. Inwiefern diese eine klinische Relevanz besitzen, wird nicht genau ausgeführt.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Es sind keine Drop-outs in dieser Studie ersichtlich.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Mehrere Faktoren beeinflussen die Entscheidung der Brustrekonstruktion und deren zeitlichen Koordinierung. Diese Studie belegt, dass Frauen möglicherweise nicht alle verfügbaren Informationen erhalten haben, bevor sie sich einer Mastektomie unterzogen. Eine signifikante Anzahl von Frauen würden im Nachhinein eine primäre Brustrekonstruktion der sekundären Brustrekonstruktion vorziehen, wenn sie die Möglichkeit noch einmal hätten. Es gibt Verbesserungsmöglichkeiten in der präoperativen Aufklärung und in der Ausbildung von Kollegen in Brustkrebszentren in der Umgebung.</p> <p>Limitationen:</p> <p>Der Reviewer-Bias kann im Hinblick auf die retrospektive Natur dieses Projekts zu Verzerrungen kommen. Zusätzlich können signifikante Mängel dieser Studie sein, dass sie die Volkszählungsdaten basierend auf der Bevölkerung benutzen. Da sie keine Daten über jede individuelle Patientin hatten,</p>

	<p>glaubten sie zumindest eine Vorstellung des sozioökonomischen Bildes einer sekundären Brustrekonstruktion zu bekommen.</p> <p>Ein weiterer potenzieller Mangel der Studie ist, dass sie eine signifikante Annahme machen, dass die Patientin von jedem beliebigen Ort ein durchschnittliches Haushaltseinkommen hat. Die Stadt von Philadelphia variiert in Bezug auf die Wohlstandsgebiete und wie in vielem Metropolregionen auch in Armut. Dieser Mangel gibt jedoch ein potentieller Blick in was in dieser Bevölkerung weiter untersucht werden könnte.</p> <p>In der Umfrage der Studie bestehen die signifikantesten Limitationen. Diese bestehen über drei Hauptbereiche: das Umfragetool, die Antworten und die Teilnehmerinnen.</p> <p>Durch eine untypische Antwortquote von 40 Prozent müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden, da die Befragten vielleicht nicht repräsentativ für die Gesamtgruppe von sekundären Brustrekonstruktionen ist.</p>
--	---

Critical Review Form – Qualitative Studies

(Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M.

(2007)

McMaster University

Citation

Fasse, L., Flahault, C., Vioulac, C., Lamore, K., Van Wersch, A., Quintard, B., & Untas, A. (2017). The decision-making process for breast reconstruction after cancer surgery: Representations of heterosexual couples in long-standing relationships. *British Journal of Health Psychology*, 254-269.

Comments

<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and / or research question.</i></p> <p>Das Ziel dieser Studie war es Paare im Entscheidungsprozess für eine Brustrekonstruktion besser zu verstehen.</p> <p>Die Forschungsfrage lautet: Was leitet die Entscheidung für oder gegen eine Brustrekonstruktion?</p>
---	---

	Ein innovatives Merkmal dieser Studie ist die Stellungnahme der Frau und ihres Partners bezüglich der Entscheidung für oder gegen eine Brustrekonstruktion zu untersuchen
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? Ja	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Rund 23,6% aller Frauen, welche sich einer Mastektomie unterziehen, wurde eine Brustrekonstruktion angeboten. Davon haben nur 16,9% aller Frauen eine primäre und sekundäre Brustrekonstruktion durchgeführt. Dieses Ergebnis legt nahe, dass das Angebot einer Minderheit der Frauen präsentiert wurde und davon nur etwa die Hälfte der Frauen das Angebot annahm.</p> <p>Im Kontext von Brustkrebs bedeutet dies, dass jede Behandlungsentscheidung einschliesslich des Wiederaufbaus besprochen werden soll, um sicherzustellen, dass die Patientin alle zur Verfügung stehende Informationen über das Verfahren verfügt, sowie die Einwilligung der Entscheidung in fundierter Weise.</p> <p>Zum einen deutet die Forschung darauf hin, dass die Entscheidung für oder gegen eine Brustrekonstruktion durch ästhetisch, funktionale, emotional und psychologische Gründe beeinflusst wird. Andererseits hat der Grossteil der Literatur hervorgehoben, welche Faktoren einen Chirurgen in der Entscheidung beeinflussen.</p> <p>Ausserdem wird immer wieder der Einfluss des Partners auf die Entscheidungsfindung angesprochen. In Studien wie die von Manne et al. (2006) wurde der interaktive Prozess zwischen Frauen mit Brustkrebs und ihres Partners in der Entscheidungsfindung erforscht.</p> <p>Weiter wurde durch klinische Richtlinien aufgezeigt, wie wichtig es ist, den Frauen Informationen und Ermutigung für die Beteiligung der Patientin und ihren Angehörigen im Entscheidungsprozess bereitzustellen. Es fehlen empirische Daten welche aufzeigen wie der Prozess eines Paares geleitet wird.</p>

	<p><i>How does the study apply to your practice and / or to your research question? Is it worth continuing this review?</i>²</p> <p>Die Studie möchte erforschen weshalb sich die Frau und ihr Partner für oder gegen eine Brustrekonstruktion entscheiden. Es wurde dargelegt, dass der Partner einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung hat. Dies empfinden die Autorinnen dieser Literaturarbeit als einen wichtigen Aspekt. Daher lohnt es sich die Studie in die Literaturarbeit miteinzubeziehen.</p>
<p>STUDY DESIGN</p> <p>What was the design?</p> <p>Phänomenologie</p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>Für diese qualitative Studie wurde ein phänomenologisches Studiendesign gewählt. Das Design erlaubt den Forschenden das Phänomen des Erlebens zu untersuchen. Es dient dazu, individuelle Erfahrungen von Betroffenen zu erlangen und zu interpretieren. Das Studiendesign ist aus diesem Grund passend gewählt.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>In der Einleitung ist ersichtlich, dass sich die Autorinnen dieser Studie auf Studien stützen. Sie verschaffen sich so einen theoretischen Hintergrund. Über die Perspektive der Autorinnen und Autoren wird keine Aussage gemacht.</p>
<p>Method (s) used:</p> <p>Interview</p>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p> <p>Die Paare wurden zusammen in einem halbstrukturierten Interview befragt. Dabei wurden die folgenden Bereiche erforscht: die Entscheidung für eine Brustrekonstruktion und ihre potentielle Entwicklung über Zeit, Motivationen für die Entscheidung, individuelle Vorstellung/ Stellungnahme über die Brustrekonstruktion oder keine Brustrekonstruktion, ihre Überzeugung und Erwartungen des operativen Eingriffs. Das Interview wurde von zwei Psychologen, welche auf die Betreuung von Menschen mit Krebs spezialisiert sind, sowie auf die Durchführung von Recherche mit Paaren und Familien geleitet. Jedoch wurde das Paar geboten sich frei zu äussern und hervortretende Zusammenhänge zu verfolgen.</p>

² When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue the review.

	Das Interview wurde mit Zustimmung der Teilnehmenden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert.
SAMPLING Was the process of purposeful selection described? Ja	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Diese qualitative Studie war Teil einer grösseren Recherche, welche sich der Evaluation des Entscheidungsprozesses für dyadische Bewältigung und Brustrekonstruktionen bei 70 Frauen, wobei 42 Frauen mit Partner rekrutiert wurden, widmet. Die ersten neun Paare welche sich mit der Teilnahme am qualitativen Teil einverstanden gaben, wurden rekrutiert. Die neun Paare waren aufgeteilt in je drei Paare mit keiner Brustrekonstruktion, primärer Brustrekonstruktion und sekundärer Brustrekonstruktion.</p> <p>An dieser Studie nahmen 18 Teilnehmerinnen und Teilnehmer teil, das heisst neun Frauen welche eine Mastektomie hatten und ihre Partner. Der Zeitpunkt der Diagnose von Brustkrebs variierte zwischen zwei und acht Jahren. Einschlusskriterien waren: mindestens 18 Jahre alt, können fliessend französisch sprechen und lesen, sind verheiratet und/ oder leben zusammen in einer langfristigen Beziehung mindestens seit der Diagnose von Brustkrebs. Die Brustrekonstruktion bei den Frauen mit sekundärer Brustrekonstruktion musste seit mindestens sechs Monaten abgeschlossen sein. Ausschlusskriterien waren: Paare bei welchen die Frau eine doppelte Mastektomie hatte, Einschränkungen beim Lernen, psychische Erkrankungen, signifikante Gesundheitsprobleme beim Partner. Homosexuelle Paare wurden nicht miteingeschlossen.</p> <p>Ein Paar wurde im Bergonie Institut, einem französischen Zenter für Krebsfürsorge in Bordeaux angeworben. Die anderen acht Paare mit einem Hilfsmittel zur Recherche in Gemeinschaften, der Seintinelles Plattform.</p>
Was Sampling done until redundancy in data was reached? ³ Nicht bekannt	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Die Autorinnen und Autoren haben in der Studie nicht angegeben, wann die Entscheidung über eine genügende Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmer getroffen wurde. Die Stichprobe entspricht grössten Teils der Fragestellung der</p>

³ Throughout the form, „no“ means the authors explicitly state reason for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

	Literaturarbeit. Obwohl diese nicht vollständig der Fragestellung entspricht, lohnt es sich die Studie miteinzubeziehen.
Was informed consent obtained? Ja	Die Studie wurde von den französischen zugehörigen Institutionen genehmigt und wurde nach den ethischen Richtlinien der Relevanten Organisationen der APA Ethics Code durchgeführt.
DATA COLLECTION Descriptive Clarity Clear & complete description of site: Nein participants: Ja Role of researcher & relationship with participants: Nein Identification of assumptions and biases of researcher: Nein	<i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</i> Die Datensammlung wird in der Studie verständlich, klar und nachvollziehbar beschrieben. Der Durchführungsort in Frankreich wurde jedoch nicht genauer erläutert. <i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i> Der genaue Durchführungsort in Frankreich ist nicht bekannt. Ausserdem wird die Beziehung zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmer und den Forschenden nicht erwähnt, sowie bereits bestehende Vorurteile der Forschenden.
Procedural Rigor Procedural rigor was used in the data collection strategies: Ja	<i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i> Die Beschreibung der Datensammlung dieser Studie ist klar und verständlich beschrieben. So war es den Autorinnen dieser Literaturarbeit möglich das Verfahren nachzuvollziehen.
DATA ANALYSIS	<i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i> Um die Stellungnahme der Paare zu erfassen wurde ein allgemein induktiver Ansatz gewählt. Die Transkripte wurden von den Empfehlungen von Thomas betreffend induktiver Codierung analysiert. Dies beinhaltet die Vorbereitung der

<p>Analytical Preciseness</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p>Ja</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p>Ja</p>	<p>unbearbeiteten Daten, genaues lesen vom Text, Erstellung von Kategorien und Themen, Überschneidung des codierten und uncodierten Textes, die Weiterführung der Überarbeitung und der Verfeinerung des Systems der Kategorisierung. Ein Thema wurde definiert, wenn ein Motiv als eine breite Basis und eine signifikante Bedeutung charakterisiert wurde.</p> <p>Um exakte und gültige Daten zu erlangen, wurden alle Schritte der Analyse in einem wissenschaftlichen Team diskutiert. Nach wiederholtem und genauem Lesen der Transkripte aller Interviews haben drei Forscherinnen und Forscher ein Codierungssystem gebildet und getestet. Dies wurde von allen Autorinnen und Autoren validiert und diskutiert. Die Transkripte wurden dann der QDA Miner 4 software (Provalis Research) unterzogen.</p> <p>Eine erste blinde Codierung hat zugelassen, dass zusätzlich vorhandene Themen verfeinert und die Übereinstimmung der Codierung verbessert werden konnte. Nach Diskussionen und Modifizierung der Codierung ergab sich eine zweite Analyse in einer freien randständigen Bewertung der 707. Dies zeigte eine gute Übereinstimmung der Codierung auf. Die letzte Analyse der Daten wurde durch ein wissenschaftliches Team von Autorinnen und Autoren durchgeführt.</p> <p>Das Alter der Frauen der Stichprobe lag zwischen 33 und 66 Jahren. Ihre Partner waren zwischen 40 und 76 Jahre alt. Die Dauer der Beziehung des Paares betrug im Durchschnitt 18 Jahre. Die durchschnittliche Verzögerung zwischen der Diagnose Brustkrebs und der Brustrekonstruktion war neun Monate.</p> <p>Insgesamt wurden 11 Themen aufgezeigt. In dieser Studie hatten sie keine Möglichkeiten alle Themen aufzuzeigen und haben sich deshalb für die zwei Themen entschieden, welche am meisten hervorstachen. Die zwei Themen sind der externe Einfluss und die Auswirkung des Partners auf die Entscheidungsfindung. Es wurden diese zwei Themen ausgesucht, da sie in allen Interviews vorkamen und weil sie einen kritischen Einblick boten zu ihrer Forschungsfrage was zur Entscheidung für und gegen eine Brustrekonstruktion führt. Weitere Analyse der zwei Hauptthemen zeigte weitere Unterthemen auf, welche in einer Tabelle dargestellt wurden. Im Folgenden wurden die Ergebnisse dementsprechend dargestellt. Die originalen, französischen Ausschnitte wurden auf Englisch übersetzt und die Namen wurden durch ein Pseudonym ersetzt.</p>
--	--

	<p>Der externe Einfluss:</p> <p>Die Analyse hat gezeigt, dass die Entscheidungsfindung oft von externen Einflüssen beeinflusst wird. Die Entscheidung für eine Brustrekonstruktion hängt nicht nur von den Wünschen und Erwartungen der Frau und ihrem Partner ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Betreuung: <p>Dieses Unterthema konnte bei acht Teilnehmerinnen und Teilnehmer festgestellt werden. Die individuelle Betreuung basiert auf mehreren Berücksichtigungen, welche sich auf verschiedene Eigenschaften des Patienten beziehen. Diese waren emotional und psychologisch. Zum Beispiel bestand eine 51-jährige Frau auf ihre emotionale Verletzlichkeit vor der Operation. Sie sei psychologisch nicht in der Lage gewesen der Verlust ihrer Brust zu akzeptieren. Sie war nicht stark genug dafür und deshalb bekam sie eine primäre Brustrekonstruktion.</p> <p>Ausserdem wurde die individuelle Betreuung mit den individuellen medizinischen und klinischen Daten in Zusammenhang gesetzt. Nicole hat erzählt, dass eine primäre Brustrekonstruktion nicht bestätigt werden konnte, da sie von dem Ergebnis der Biopsie abhängte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsversorgung: <p>Das zweite Unterthema, die Gesundheitsversorgung, wurde bei sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer festgestellt. Frauen haben berichtet, dass die Gesundheitsversorgung, welche angeboten wurde, in den verschiedenen Institutionen variierte. Catherine hat zum Beispiel erzählt, dass ihre Entscheidung vorbestimmt wurde. In der Institution, in welcher sie operiert wurde, war keine primäre Brustrekonstruktion möglich. Es hätte also anders für sie verlaufen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschränkte Erfahrung: <p>Das dritte Unterthema, die beschränkte Erfahrung, konnte man bei vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer erkennen. Einige Frauen in der Studie und einige Partner argumentierten, dass die Entscheidungsfindung absolut keine Wahl war, sondern von jemand anderem entschieden wurde. Stephanie sagte zum Beispiel, dass das Fachpersonal nicht nach ihrer Meinung gefragt hat. Bemerkenswert ist, dass diese Erfahrung, im Sinne einer Abwesenheit der persönlichen Erfahrung keine Verzweiflung oder Ärger für die Teilnehmerinnen verursachte. Die Patientinnen konnten nach der Diagnose und vor der Operation keine Entscheidung treffen bezüglich einer Brustrekonstruktion. Sie fühlten sich wohler wenn sie</p>
--	---

	<p>sich auf die Entscheidung des Arztes stützten. Catherine bemerkte, dass sie weitere Fragen an den Arzt hätte stellen können und nicht so passiv gewesen hätte müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigene und Intime Entscheidung <p>Auffallend war, dass die Mehrheit auf den äusseren Einfluss bestand, jedoch dies auch ihre persönliche und intime Entscheidung war. Die Teilnehmerinnen hoben hervor, dass der Entscheidungsprozess eine persönliche Entscheidung war, welche nicht von Angehörigen beeinflusst werden konnte. Sie äusserten es sei ihr Problem und ihr Körper. Sie wollten nicht, dass die Entscheidung von einer anderen Person beeinflusst wird.</p> <p>Einfluss des Partners auf die Entscheidungsfindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Erfahrung des Pflegeprozesses <p>Die Teilnehmerinnen unterstrichen, dass der Entscheidungsprozess eine gemeinsame Erfahrung und nicht eine individuelle war. Dies würde mittels verwendeten Pronomen ersichtlich wie „wir“.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emotionale Unterstützung und Bestätigung <p>9 Frauen beschrieben die Unterstützung des Partners als emotionale Unterstützung und Bestätigung. Die Partner beglückwünschten die Frauen häufig in ihrem Mut und drückten ihre Bewunderung aus. Die Partner gaben trotzdem ihre Unterstützung, egal ob sie sich für eine Brustrekonstruktion entschieden oder nicht. Laut Isabelle hat ihr Partner ihr gesagt, wenn sie nicht will, dann muss sie auch keine Brustrekonstruktion durchführen. Der Partner wurde als eine verständnisvolle Person beschrieben, welche aufmerksam waren bezüglich der Notlage der Frauen. Die Frauen berichteten schmerzhaft Veränderungen in Bezug auf ihr Körperbild. Die Partner gaben Ihnen auch darauf emotionale Unterstützung und Bestätigung in ihrer Weiblichkeit. Elizabeth erzählt, er habe nicht aufgehört ihr zu sagen wie attraktiv sie sei.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Praktische Unterstützung <p>Sieben Teilnehmerinnen berichteten, dass ihr Partner praktische Unterstützung bot bezüglich Terminen, Management des Alltages zu Hause oder stressige Ereignisse managten. Rachel sagte, er habe sich um alles gekümmert. Er habe viele Dinge möglich gemacht.</p> <p>Diese praktische Unterstützung hatte auch eine emotionale Dimension. Evelyn beschrieb er habe sie zu allen Terminen</p>
--	---

	<p>begleitet und sie auf ihren Füßen gehalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intimität <p>Der Operationsprozess und die Wahl einer Brustrekonstruktion hat ihr Leben als Paar vor allem hinsichtlich ihrer Intimität und des Sexuallebens tief geprägt. Die Mehrheit der Paare betonte, dass ihre intime Beziehung zunächst gestört wurde. Isabelle und ihr Ehemann erwähnten, dass sie sich entspannen musste um ihn sie berühren zu lassen. Sechs Frauen sagten, dass sich ihre Libido veränderte und sie ihren Sexualtrieb verloren aufgrund der Veränderung des Körperbildes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spannungen <p>Fünf Teilnehmer berichteten Spannungen, welche sie als Paar erlebten während der Krankheit und dem Entscheidungsprozess. Diese Spannungen oder Konflikte könnten abgeleitet werden, wenn die Unterstützung als unangemessen empfunden wurde. Catherine hat hervorgehoben, dass es ein Problem für sie war, dass ihr Mann so positiv war. Es könnte also sein, dass eine positive Einstellung als Belastung empfunden wird.</p> <p>Einige Teilnehmerinnen berichteten von Spannungen aufgrund von Wahrnehmungslücken der Darstellung der Welt in der Zeit nach der Behandlung. Weil zum Beispiel der Partner unbedingt Normalität zurückwollte, verlangte er von seiner Frau identisches Verhalten wie vor der Erkrankung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratende Funktion <p>Der Partner hatte laut sieben Frauen eine beratende Funktion und keine entscheidende. Die Meinung des Partners zur Wahl der Brustrekonstruktion war sehr wichtig für die Frauen und wurde mehrmals hervorgehoben. Der Partner hatte eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess. Die Frauen konnten mit ihrem Partner über Vor- und Nachteile diskutieren und sich darüber austauschen. Die Teilnehmerinnen erwähnten, dass sie mit keinen anderen engen sich darüber unterhielten.</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Die Interviews wurden wörtlich transkribiert. Nach genauem Lesen der Interviews haben die drei Forscherinnen und Forscher ein Codierungssystem gebildet. Die Übereinstimmung der Codierung wurde mehrmals überprüft, auch von einem wissenschaftlichen Team von Autorinnen und Autoren.</p>

<p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p>Ja</p>	
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p>Ja</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged</i></p> <p>In dieser Studie wurde mit einem System von Codierungen gearbeitet. Dieses System wurde von wissenschaftlichen Autoren immer wieder überprüft.</p>
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility</p> <p>Ja</p> <p>Transferability</p> <p>Ja</p> <p>Dependability</p> <p>Ja</p> <p>Confirmability</p> <p>Ja</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p>Diese Frage wird mittels dem Modell "Trustworthiness" von Lincoln und Guba (1985) beantwortet.</p> <p>Glaubwürdigkeit</p> <p>Der Prozess der Datensammlung wurde nachvollziehbar und glaubwürdig beschrieben. Als Methode wurden Interviews durchgeführt. Durch den fortlaufenden, reflexiven Forschungsprozess kann die Wahrhaftigkeit und Prüfbarkeit gewährleistet werden. Ein Member-Checking zur Validierung der Daten ist nicht ersichtlich. Anhand von Zitaten wird die Glaubwürdigkeit unterstrichen.</p> <p>Übertragbarkeit</p> <p>Die Diskussion wurde klar beschrieben und mit anderen Literaturquellen verglichen. Der genaue Durchführungsort wird in dieser Studie nicht beschrieben. Für das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit wurden in der Studie direkte, plausible Zitate aus den Interviews benutzt. Laut Fasse et al. (2017) würde eine Studie mit grösserer Ausarbeitung die Übertragbarkeit auf die Bevölkerung verbessern.</p> <p>Zuverlässigkeit</p> <p>Die Ergebnisse werden mit Zitaten aus den Interviews zusätzlich beschrieben. Dies erhöht die Zuverlässigkeit dieser Studie. In der Diskussion wird auf die Ergebnisse eingegangen. In der Studie wird nicht ersichtlich wann eine Datensättigung erreicht wurde.</p>

	<p>Bestätigbarkeit</p> <p>Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert. Alle Schritte in der Analyse wurden in einem Wissenschaftlichen Team diskutiert. Die Codierung wurden von mehreren wissenschaftlichen Forschern immer wieder überprüft. Dies erhöht die Transparenz und die Bestätigbarkeit.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Die Studie beschreibt das Erleben des Entscheidungsprozesses von Paaren für eine Brustrekonstruktion. Es werden Faktoren, welche die Entscheidung beeinflussen dargestellt und somit ist die Studie für die Literaturarbeit der Autorinnen relevant.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p>Ja</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p>Ja</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Die Erkrankung und der Entscheidungsprozess beleuchtet diese Studie als eine zueinander in Beziehung stehende Erfahrung der Paare. Der Hauptbeitrag dieser Studie liegt in der Beschreibung der Rolle des Partners im Entscheidungsprozess, wie er von beiden wahrgenommen wurde. Die unterstützende Rolle des Partners könnte durch ein Unterstützungsprogramm verbessert werden. Die Studie ergab, dass die wichtigsten Faktoren im Entscheidungsprozess medizinisch und klinisch waren.</p> <p>Limitationen:</p> <p>Die Stichprobe bestand aus freiwilligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Ergebnisse bezogen sich auf Paare, welche eine gute langjährige Beziehung führten. Dies hätte die Dimensionen der Analyse verändern können, insbesondere die Überlegungen zur Entscheidungsprozess als „wir erleben“. Es könnte interessant sein die Paare mit „neueren“ zu vergleichen. Eine Möglichkeit diese Einschränkung zu mildern, könnte darin bestehen, die Rekrutierung durch andere Methoden durchzuführen.</p> <p>Diese Stichprobe enthielt nur heterosexuelle und weisse kaukasische Leute.</p> <p>Ausserdem könnten ihre Daten durch die durchgeführten Interviews mit dem Partner zusammen und nicht einzeln beeinflusst worden sein.</p>

	<p>Eine weitere Limitation ist das retrospektive Studiendesign der Forschung welche Rekonstruktion Bias hätte induzieren können. Eine zukünftige Forschung könnte die Ausarbeitung einer grösseren und prospektiven Studie sein, die beurteilen kann und den Entscheidungsprozess beschreibt, wenn die Paare direkt damit konfrontiert sind. Die Interrater- Reliabilität garantiert auch eine kritische wissenschaftliche Genauigkeit.</p>
--	---

Critical Review Form – Qualitative Studies

(Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M.
(2007)

McMaster University

Citation

<p>Begum, S., Grunfeld, E., Ho-Asjoe, M., & Farhadi, J. (03. Juli 2010). An exploration of patient decision-making for autologous breast reconstructive surgery following a mastectomy. <i>Elsevier</i>, 105-110.</p>

Comments

<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Das Ziel dieser qualitativen Studie war es, die Entscheidungsfindung von Frauen bezüglich einer primären oder sekundären autologen Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie zu untersuchen. Dabei standen die Gründe für eine Rekonstruktion, die Informationsquellen und Einflussfaktoren im Vordergrund.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Die Wiederherstellung des Körperendes, die Beibehaltung des Gefühls der Weiblichkeit und Ganzheitlichkeit können Gründe für eine Rekonstruktion sein. Die Brustrekonstruktion mit Eigenegebe wird von Frauen bevorzugt, welche keinen Fremdkörper einsetzen möchten oder wegen möglicher Komplikationen wie</p>

	<p>einer Kapselruptur. Eine sofortige Rekonstruktion verbessert den psychischen Stress und das emotionale Wohlbefinden. Weiter sind weniger Anzahl erforderlichen Verfahren nötig und es ist kostengünstiger. Die sofortige Rekonstruktion und eine Krebsdiagnose zugleich können auch anstrengend sein und die betroffenen Frauen äusserten im Alltag mehr eingeschränkt zu sein. Die verzögerte Rekonstruktion, welche häufig nach der adjuvanten Therapie stattfindet, ist für Frauen, welche von der Krebsdiagnose überwältigt sind, von Vorteil.</p> <p>Es hat sich gezeigt, dass Frauen, welche eine Rekonstruktion durchlaufen haben, eine schlechtere Stimmung und schlechtere Wohlbefindenswerte haben, als Frauen welche keine Rekonstruktion hatten. Frauen, welche mit emotionalen Gesundheitssituationen, wie z.B. Entscheidung der rekonstruktiven Chirurgie, konfrontiert sind, eher befriedigende als ideale Entscheidungen akzeptieren, da sie wahrscheinlich von der Situation, in welcher die Entscheidungsfindung stattfindet, beeinflusst werden. Weiter wurde festgestellt, dass jüngere Frauen im Vergleich zu älteren Frauen die Information zu körperlicher und sexueller Anziehungskraft als wichtiger empfinden. Ältere Frauen stufen hingegen die Information zur Selbstpflege als wichtiger ein.</p>
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</i>⁴</p> <p>Die Studie beschreibt konkrete Einflussfaktoren auf den Entscheidungsprozess von den unterschiedlichen Zeitpunkten der Brustrekonstruktion. Die Ergebnisse werden von Zitaten belegt. Somit lohnt es sich diese Studie in Literaturarbeit der Autorinnen einzubeziehen.</p>
<p>STUDY DESIGN</p> <p>What was the design?</p> <p>Phenomenology</p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>In der Studie werden Erfahrungen mit einem bestimmten Phänomen, die Brustrekonstruktion, beschrieben (Smith et al. 2009). Dieses Design bezieht sich in der Pflege überwiegend auf das subjektive Erleben, wel-</p>

⁴ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue the review.

	ches mit den Interviews aufgezeigt werden kann (Lamnek & Krell, 2016). Deswegen ist dieses Design geeignet um das Ziel der Studie zu erreichen.
Was a theoretical perspective identified? Nein	<i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i> In der Studie ist nicht ersichtlich, wie Vertraut die Autorinnen und Autoren mit der Thematik sind.
Method (s) used: Interviews	<i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i> Aus früheren Studien und Diskussionen mit einem plastischen Chirurgen wurde ein halbstrukturierter Interviewplan erstellt. Die Interviews wurden getrennt von der Routinebehandlung via Telefon oder in einem privaten Raum im Spital durchgeführt und auditiv aufgenommen. Sie dauerten zwischen 25 und 80 Minuten und wurden wortgetreu Transkribiert. Die Kontrolle der Transkripte fand durch zwei Forschende statt. Die Methode des Interviews ist für das phänomenologische Design geeignet, da es das subjektive Erleben der Frauen aufzeigt.
SAMPLING Was the process of purposeful selection described? Ja	<i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i> Es wurde eine willkürliche Stichprobe über die Datenbank von zwei plastischen Chirurgen eines Londoner Lehrkrankenhauses durchgeführt. 30 Patientinnen mit einer autologen Rekonstruktion in den letzten 36 Monaten, im Alter zwischen 18 und 65 Jahren und Englisch sprechend wurden angesprochen. 23 davon haben geantwortet und zwei waren nicht kontaktierbar. Somit wurden 21 Frauen befragt. Das <i>Local Research Ethics Committee</i> hat das Studienprotokoll genehmigt. Für das Design passend ist die genau beschriebene Stichprobensammlung geeignet.

<p>Was Sampling done until redundancy in data was reached?⁵</p> <p>Nicht bekannt</p>	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Von den befragten Frauen bezeichneten sich dreizehn als kaukasisch, sechs als schwarzafrikaner, eine als schwarz-karibisch und eine als weiss-portugiesisch. Diese sind zwischen 38 bis 81 Jahren und haben einen unterschiedlichen Bildungsabschluss und Zivilstand. Von den Frauen hatten zwölf eine primäre und neun eine sekundäre Rekonstruktion.</p> <p>Die befragten Frauen mit einer sekundären Rekonstruktion können anhand unsere Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt werden. Ein Vergleich kann mit der primären und sekundären Brustrekonstruktion aufgezeigt werden und somit kann die Studie für die Literaturarbeit der Autorinnen weiter einbezogen werden.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p>Ja</p>	<p>Die Teilnehmerinnen erhielten mit der Zusendung eines Informationsblattes auch ein Einverständnisformular. Bei unterschriebener Retournierung wurde ein Interviewtermin vereinbart und ein weiteres mündliches Einverständnis wurde zur Aufzeichnung des Interviews eingeholt.</p>
<p>DATA COLLECTION</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of</p> <p>site: Ja</p> <p>participants: Ja</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: Nein</p> <p>Identification of assumptions and</p> <p>biases of researcher: Nein</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</i></p> <p>Die Datensammlung ist nachvollziehbar dargestellt. Der genaue Durchführungsort im Vereinigten Königreich ist nicht klar beschrieben.</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>In der Studie ist nicht ersichtlich, welche Annahmen die Autorinnen und Autoren zu Beginn der Studie hatten. Weiter sind der genaue Durchführungsort und die Beziehung zwischen den Forschenden und Betroffenen nicht genau beschrieben.</p>

⁵ Throughout the form, „no“ means the authors explicitly state reason for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

<p>Procedural Rigor</p> <p>Procedural rigor was used in the data collection strategies:</p> <p>Ja</p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i></p> <p>Die genaue Beschreibung der Autorinnen und Autoren zum Vorgehen macht die Studie nachvollziehbar.</p>
<p>DATA ANALYSIS</p> <p>Analytical Preciseness</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p>Ja</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Alle Transkripte wurden mit den Aufnahmen verglichen mit einer Rahmenanalyse wurden Daten nach Themen identifiziert. Jedes einzelne Transkript wurde sorgfältig analysiert und codiert. Anhand dessen wurden Themen und Unterthemen herausgearbeitet. Themen wurden betitelt und mit Zitaten hervorgehoben. Mit gleichen oder ähnlichen Themen entstand ein überschaubares Cluster.</p> <p>Folgende Ergebnisse wurden von den Autorinnen und Autoren zusammengefasst:</p> <p>Gründe für eine Brustrekonstruktion:</p> <p>Bei vielen Frauen war ihre emotionale Reaktion auf das Entfernen einer Brust und der Glaube daran, wie sie sich ohne Wiederaufbau fühlen würden, im Vordergrund. Tatsächliche und erwartete Auswirkungen der Mastektomie auf den Aspekt des Funktionierens, die Emotionen und die Einstellung wurden erwähnt. Die Frauen sprachen von Bedenken ihres Körperbildes, negativer Gefühle ihres Aussehens, von vermindertem Selbstbewusstsein oder dass die Rekonstruktion die emotionale Wirkung einer einzelnen Brust reduzieren kann. Die Rekonstruktion wurde von den Frauen als Möglichkeit zu Aufrechterhaltung der Weiblichkeit betrachtet und eines kohärenten Gefühls der eigenen Identität. Betroffene äusserten durch die Rekonstruktion Erinnerungen an den Krebs zu beseitigen und ein normales Gefühl wiederherzustellen. Im Entscheidungsprozess für eine Rekonstruktion waren Angehörige der Gesundheitsberufe eine Unterstützung. Dabei stand das Vertrauen in das Ergebnis, der Ruf des Chirurgen und die Angstreduktion im Vordergrund. Die Entscheidung wurde auch durch die Autorität und die Einhaltung der Ratschläge des Chirurgen beeinflusst.</p>

	<p>Gründe für eine sofortige Rekonstruktion:</p> <p>Praktische Fragen, welche oft im Zusammenhang mit Verpflichtungen waren, standen dabei im Vordergrund. Die Möglichkeit mit einer einzelnen Operation, mit Mastektomie und Rekonstruktion gleichzeitig, ist kostengünstiger, der emotionale und physische Umgang nicht mit mehreren Verfahren umgehen zu müssen und der finanzielle Aspekt der Arbeitsfreistellung wurde dabei erwähnt. Eine andere Frau sprach vom Zeitmanagement im Zusammenhang mit der praktischen Schwierigkeit bei der Erziehung und Betreuung von Kleinkindern.</p> <p>Gründe für eine verspätete Rekonstruktion:</p> <p>Der Mangel der Wahlmöglichkeiten scheint diese Entscheidung zu begründen. Entweder waren die Frauen kein Kandidat für eine sofortige Rekonstruktion zu sein oder es wurde ihnen keine Wahl hinsichtlich des Zeitpunktes angeboten. Es ist jedoch zu erwähnen, dass der offensichtliche Mangel an Wahlmöglichkeiten auch von Frauen mit einer sofortigen Rekonstruktion erwähnt wurde. Diese erkannten, dass eine sofortige Rekonstruktion ein Routineverfahren ihres Krankenhauses ist und somit nicht bemerkten, dass eine klare Entscheidung getroffen werden kann. Bei einigen Frauen war der Grund für eine verspätete Rekonstruktion eine Notwendigkeit von zusätzlichen Behandlungen oder Vorkehrungen für einen Wiederaufbau vor einer rekonstruktiven Operation. Frauen mit einer verspäteten Rekonstruktion äusserten oft Unzufriedenheit beim Tragen der Prothese. Es wurde festgestellt, dass die Prothese oft in falscher Form oder Grösse getragen wurden. Die Prothese schränkt die Auswahl der Kleidung und den Lebensstil ein und ist eine Ursache für potentielle Angst und Verlegenheit.</p> <p>Bereitstellung von Informationen zur Brustrekonstruktion:</p> <p>Die Frauen erhielten Informationen zu verschiedenen Brustrekonstruktion, Ergebnissen der Operationen und zum Genesungsprozess, welche den Entscheidungsprozess beeinflussten. Hauptsächlich wurden die Informationen bei der ersten Konsultation beim plastischen Chirurgen gewonnen, wobei herausgekommen ist, dass diese Informationen nicht verstanden wurde</p>
--	--

	oder sich nur auf positive Aspekte konzentrierten. Einige Frauen vermieden negative Informationen und konzentrierten sich bewusst auf die positiven Aspekte der Operation und die "erfolgreichen" Fälle, da sie ihre Entscheidung nicht ändern wollten. Einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess hatte auch der Wunsch von den Frauen Vorher- und Nachherbilder einer Brustrekonstruktion zu sehen.
Auditability Decision trail developed? Ja Process of analyzing the data was described adequately? Ja	<i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i> Die Ergebnisse sind klar strukturiert und Themen werden klar hervorgehoben. Unterthemen sind zu erkennen und mit Zitaten untermauert.
Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? Ja	<i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged</i> Die Rahmenanalyse nach Richie et al. (2000) wurde zur Identifizierung und Organisation von Daten verwendet.
OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility Ja Transferability Ja Dependability Ja Comfirmability Nein	<i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i> Glaubwürdigkeit: Das phänomenologische Design ist klar ersichtlich beschrieben in der Studie. Interpretationen der Autorinnen und Autoren sind nicht zu erkennen, jedoch wird beschrieben, dass die Transkripte von zwei Forscher überprüft wurden. Ausser Interviews wurde keine andere Methode zur Datenerhebung angewendet. Übertragbarkeit: Das Setting wurde klar beschrieben und die Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt. Zitate wurden zur Verständlichkeit verwendet. Eine Übertragung auf ein anderes Setting ist gut möglich. Zuverlässigkeit: Die Ein- und Ausschlusskriterien waren klar definiert, das Einverständnis der Frauen wurde eingeholt und die

	<p>Studie wurde von einem Ethikkomitee geprüft. Das Vorgehen der Datenanalyse ist klar beschrieben, jedoch wurde kein Nachweis eines Prüfpfads oder Peer-Review beschrieben.</p> <p>Bestätigbarkeit:</p> <p>In der Studie wird keine externe Fachperson als Begleitperson erwähnt. Die Autorinnen und Autorinnen und Autoren gehen in der Diskussion auf den dargestellten Ergebnissen ein und hinterfragen diese kritisch. In der Diskussion wurden die Ergebnisse auch in den Vergleich zu anderen Studien gestellt.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Die Studie weist eine hohe Relevanz für die Fragestellung der Literaturarbeit auf, da sie die Einflussfaktoren auf den Entscheidungsprozess in derselben Population darstellt. Auch kann der Vergleich zur sofortigen Rekonstruktion anhand dieser Studie in der Literaturarbeit dargestellt werden.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? Ja</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? Ja</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>In der Studie wurden keine Limitationen erwähnt.</p> <p>Die Studie zeigt die Individualität und Komplexität des Entscheidungsprozesses der betroffenen Frauen auf. Die Wichtigkeit einer glaubwürdigen Informationsquelle, sowie Informationen zur den Ergebnissen einer rekonstruktiven Operation durch den Chirurgen werden betont. Die Autorinnen und Autoren beschreiben die Notwendigkeit neuer massgeschneiderter Methoden um dem Informationsbedürfnis der betroffenen Frauen gerecht zu werden. Weiter ist ein individuelles Eingehen auf die Frauen wichtig, da die Bedürfnisse sehr individuell sein können. Während einige Informationen suchen, vermeiden andere diese.</p> <p>Von Entscheidungshilfen wie Broschüren, Fotos und Videos können Betroffene profitieren und Studien sind weiter erforderlich, um die Verwendung eines solchen Mediums zu analysieren.</p>

Critical Review Form – Qualitative Studies

(Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M.

(2007)

McMaster University

Citation

Holland, F., Archer, S., & Montague, J. (2016). Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology, 21*, 1688-1699.

Comments

STUDY PURPOSE Was the purpose and/or research question stated clearly? Ja	<i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i> In der Studie wurde der Entscheidungsprozess jüngerer britischen Frauen bei einer Mastektomie untersucht. Es wurde die Erfahrung der Frauen erfasst, welche sich gegen eine Rekonstruktion entschieden und diese über ein Minimum von fünf Jahren aufrechterhalten haben. Die Autorinnen äussern, dass zu dieser Population, nach ihrem Wissen, noch keine Studien durchgeführt wurde.
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? Ja	<i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i> Frauen unter 50 Jahren erhalten von ihrem Chirurgen eher Informationen (Alderman et al. 2008, zit. nach Holland 2016). Nach einer Krebsdiagnose kann es für die betroffenen Frauen eine Herausforderung sein, eine Entscheidung zu treffen. Laut Alderman et al. (2003, zit. nach Holland 2016) liegt die Rekonstruktionsrate bei allen epidemiologischen Studien unter 50 Prozent, was darauf schliessen lässt, dass nach Abu-Nab und Grünfeld (2007, zit. nach Holland 2016) trotz des angenommenen psychologischen Nutzens der Rekonstruktion die Mehrheit der Frauen nicht rekonstruieren. In der Studie wird beschrieben, dass sich nur wenig vorhandene qualitative Studien die Rekonstruktion im Fokus haben. Die Studie von Truelsen (2003,

	zit. nach Holland 2016) beschreibt die Entscheidung von acht Frauen mit sofortiger, verspäteter oder keiner Brustrekonstruktion und dabei wurde festgestellt, dass Frauen, welche keine Rekonstruktion gemacht haben, sich darauf konzentrierten, zu leben.
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</i>⁶</p> <p>Ja, da die Studie den Entscheidungsprozess von Frauen, welche sich gegen eine Rekonstruktion entschieden untersuchen und diese Faktoren im Entscheidungsprozess von Frauen für eine verspätete Rekonstruktion einen Einfluss haben können.</p>
STUDY DESIGN What was the design? Phenomenology	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>Es wurde eine interpretative phänomenologische Analyse in der Studie durchgeführt. Dabei werden Erfahrungen mit einem bestimmten Phänomen, der Entscheidung gegen die Brustrekonstruktion, beschrieben (Smith et al. 2009). Dieses Design bezieht sich in der Pflege überwiegend auf das subjektive Erleben, welches mit den Interviews aufgezeigt werden kann (Lamnek & Krell, 2016). Deswegen ist dieses Design geeignet um das Ziel der Studie zu erreichen.</p>
Was a theoretical perspective identified? Nein	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>In der Studie ist nicht klar ersichtlich, wie vertraut die Autorinnen mit der Thematik sind. An einer Stelle in der Einleitung habe sie jedoch geschrieben "als Onkologieteam", deshalb gehen die Autorinnen der Literaturarbeit davon aus, dass den Autorinnen der Studie die Thematik nicht unbekannt ist.</p>
Method (s) used: Interviews	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p> <p>Die Datensammlung wurde mittels halbstrukturierten Interviews durchgeführt, welche auditiv Aufgenommen und anschliessend transkribiert wurden. Die Fragen</p>

⁶ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue the review.

	<p>wurden den Teilnehmerinnen vor der Durchführung zugesendet. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten und wurden zum Komfort der Frauen und zur Abdeckung eines möglichst grossen geographischen Gebiets via Telefon geführt. In allen Notizen, Transkripten und Analysen wurden Pseudonyme verwendet. Die Interviewerinnen, welche in einem ähnlichen Alter wie die Teilnehmerinnen waren, stellten breite, nicht direktive, offene Fragen und leiteten die Diskussion damit auf die Entscheidung, keine Rekonstruktion durchzuführen. Die Fragen wurden anhand vorhandener Forschungsergebnissen beantwortet, wobei beachtet werden muss, dass es sich dabei ausschliesslich weibliche qualitative Forscher mit unterschiedlichen Hintergründen im Bereich Gesundheit, Sozialpsychologie und Gesundheitsförderung handelt.</p> <p>Die Methode des Interviews ist für das phänomenologische Design geeignet, da es das subjektive Erleben der Frauen aufzeigt.</p>
<p>SAMPLING</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Die Rekrutierung wurde mittels einer Anzeige über ein Brustkrebs-Wohltätigkeitsforum durchgeführt. Sieben Frauen, welche unter 50 Jahren und mindestens vor fünf Jahren mit primärem Brustkrebs diagnostiziert wurden, sowie sich gegen eine Rekonstruktion entschieden, haben sich darauf gemeldet. Nachdem die Frauen eine Einladung zur Teilnahme und eine Kopie der Fragen erhielten, beteiligten sich sechs an der Studie. Keine der Teilnehmerinnen war ein Kandidat für eine sofortige Rekonstruktion, sondern nur für verspätete.</p> <p>Ein Ethikausschluss der Universität für Psychologie hat die Studie genehmigt und sie entsprach den ethischen Standards der "British Psychological Society".</p> <p>Für das Design passend ist die genau beschriebene Stichprobensammlung geeignet. Mit sechs Teilnehmerinnen eine eher kleine Population, jedoch ist dies bei phänomenologischen Studien, aufgrund des grossen Aufwandes der Datensammlung nicht unüblich.</p>

<p>Was Sampling done until redundancy in data was reached?⁷</p> <p>Nicht bekannt</p>	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Das Alter der Teilnehmerinnen bei der Diagnose lag zwischen 31 und 46 Jahren, wobei alle in England lebenden und behandelt wurden. Zum Zeitpunkt der Diagnose waren vier Frauen verheiratet, eine mit einem männlichen Partner und eine alleinstehend. In der Studie wird ebenfalls dargestellt, ob die Frauen Kinder haben oder nicht.</p> <p>Anhand der von den Autorinnen der Literaturarbeit definierten Ein- und Ausschlusskriterien passt diese Studie nicht exakt, da die Frauen der Studien gegen eine Brustrekonstruktion entschieden. Trotzdem zeigt die Studie eine Relevanz der Fragestellung der Literaturarbeit auf, da die Teilnehmerinnen alle Kandidatinnen für eine verspätete Rekonstruktion wären, welche sich dem in der Literaturarbeit untersuchten Entscheidungsprozess dagegen entschieden. Die Studie wird weiterhin in die Literaturarbeit berücksichtigt.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p>Ja</p>	<p>Die Teilnehmerinnen der Studie haben ihr vollständiges Einverständnis, mit dem Wissen, dass der Interviewer ein akademischer Forscher und kein Kliniker war.</p>
<p>DATA COLLECTION</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site:</p> <p>Ja</p> <p>participants:</p> <p>Ja</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p>Nein</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</i></p> <p>Die Datensammlung ist genau und nachvollziehbar beschrieben. Der genaue Durchführungsort in England ist nicht beschrieben, jedoch wird erwähnt, dass die interviewten Frauen ein möglichst grosses geografisches Gebiet abgedeckt sollten.</p> <p>Ebenfalls nicht ersichtlich in der Studie ist die Beziehung zwischen den Autorinnen und den Teilnehmerinnen.</p>

⁷ Throughout the form, „no“ means the authors explicitly state reason for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

<p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p>Nein</p>	<p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>In der Studie ist nicht ersichtlich, welche Annahmen die Autorinnen zu Beginn der Studie hatten. Weiter sind der genaue Durchführungsort und die Beziehung zwischen den Autorinnen und Betroffenen nicht beschrieben.</p>
<p>Procedural Rigor</p> <p>Procedural rigor was used in the data collection strategies:</p> <p>Ja</p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i></p> <p>Die genauere Beschreibung der Autorinnen zum Vorgehen macht die Studie nachvollziehbar. Ebenfalls werden verwendete Hilfsmittel zur Datenerfassung und Datenanalyse begründet.</p>
<p>DATA ANALYSIS</p> <p>Analytical Preciseness</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p>Ja</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Die Transkripte wurden von allen Autorinnen unabhängig durchgelesen, wobei sprachliche Elemente, wie Metapher- und Pronomengebrauch festgestellt, bevor es kollaborativ und linienweise Codiert wurde. Anschliessend wurde eine narrative Zusammenfassung für die Frauen entwickelt. Zitate wurde verwendet um Themen hervorzuheben und eine umfassende Fallanalyse zu ermöglichen. Zur Auswahl der Themen und Unterthemen wurde die Empfehlung der interpretativen phänomenologischen Analyse nach Smith, einschliesslich der Repräsentativität und Variation verwendet.</p> <p>Folgende Ergebnisse wurden von den Autorinnen zusammengefasst:</p> <p>Die Entscheidung treffen: Ausschneiden</p> <p>Eine Teilnehmerin konnte sich zwischen einer Mastektomie und einer Lumpektomie entschieden und wählte dabei mit der Mastektomie die aggressivere Behandlung, da sie entschlossen was, ihr Überleben zu maximieren. Dieser Überlebensdrang wurde von allen Frauen erwähnt, nachdem sie den anfänglichen Schock der Diagnose verarbeitet hatten. Eine Frau äusserte, dass Brust und Krebs Synonyme wurden und "Abschneiden und Loswerden" erhöhte ihre Über-</p>

	<p>lebenschance. Bei den meisten Frauen stand die Rekonstruktion im Mittelpunkt aller Konsultation. Die sofortige Rekonstruktion wurde teilweise als erwarteter Behandlungsablauf bei einem kooperativen Patienten empfunden. Die Frauen berichteten, sich vor der Mastektomie mit der sofortigen Rekonstruktion auseinandergesetzt zu haben, jedoch als sich herausstellte, dass diese keine Option war, hatten sie mehr Zeit nachzudenken und Information zu sammeln. Diese Zeit half ihnen die individuellen Umstände zu bewerten und eine fundierte, rationalisierte Entscheidung zu treffen. Die vorhandenen Informationen beziehen sich in der Regel auf eine Rekonstruktion und es wurde festgestellt, dass diese freier verfügbar waren als der Weg ohne Rekonstruktion. Einige Frauen wünschten sich einen Körper nach einer Mastektomie ohne Rekonstruktion zu sehen, jedoch keine Bilder gefunden hatte. Bilder nach einer Rekonstruktion hingegen konnten gefunden werden. Eine andere Frau äusserte, dass eine rekonstruierte Brust eine "andere" wäre und diese unnatürliche Ansatz das "Anderssein" hervorhebt. Eine autologe Rekonstruktion wurde ebenfalls als fremd erkannt. Aufgrund des erkrankten Zustandes der Brust, wurden diese als funktionell aber nicht entbehrlich angesehen. Die Brust erfüllt ihre Pflicht durch die Funktion des Stillens, ist jedoch kein lebenswichtiges Organ. Eine Teilnehmerin äusserte den Vergleich mit dem Verlust eines Armes, was mit einer Behinderung einhergeht, jedoch der Verlust einer Brust keinen tatsächlichen Einfluss auf das Leben hat. Einige Frauen äusserten, dass ihr Körper nicht bereit für eine Rekonstruktion sei, welche als kosmetisch und unwichtig für ihr Leben und ihre Lebensqualität angesehen wurde.</p> <p>Die Entscheidung aufrechterhalten: Als einreihige Frau in einer zweitreihigen Welt leben</p> <p>Nachdem sie die Entscheidung, nicht zu rekonstruieren, getroffen hatten, haben einige Frauen berichtet, dass sie ihre langfristige Entscheidung überdenken sollen. Es schien als wären die Gesundheitsteams, vor allem die Chirurgen, von der Tatsache motiviert, dass die Frauen bei der Diagnose jünger waren. Eine Teilnehmerin wurde die Rekonstruktion als optimale Wahl präsentiert und als unattraktive Option eingestuft, sowie ein Gefühl von Zwang festgestellt. Es</p>
--	---

	<p>wurde ein Mangel an patientenorientierte Praxis und dein paternalistisches Modell der Fürsorge wahrgenommen. Zwei Frauen haben die Zusammenarbeit mit dem Chirurgen positiver empfunden, jedoch könnte dies darauf zurückzuführen sein, dass aufgrund ihrer fehlenden Diagnosemöglichkeiten die Diskussion über die Rekonstruktion auf einem späteren Zeitpunkt verschoben werden musste. Eine Teilnehmerin äusserte, dass die Rekonstruktion vor der Mastektomie nicht erwähnt wurde, sondern erst später bei Nachfrage und dann nur im Vorbeigehen. Es wurde angenommen, dass eine verspätete Rekonstruktion durchgeführt wird und die betroffene Frau in eine passive, kooperative Patientenrolle rutschte. Es schien als gäbe es keine Option für sie. Die Pflegefachpersonen mit Spezialisierung auf Brustkrebs erlebten die Frauen eher auf die Beratung gerichtet als die Chirurgen. Trotzdem wurde auch von ihnen eine einseitige Einstellung für den Wiederaufbau empfunden. Eine Teilnehmerin diskutierte in ihrem Interview, wie die Pflegefachperson die Realität des Lebens mit einer rekonstruierten Brust beschrieb. In der Studie war erkennbar, dass das Erkennen des Gesamtbildes und das Verständnis, dass die rekonstruierte Brust eine kosmetische Vergrösserung des Körpers ist.</p> <p>Verteidigung der Entscheidung: Ich bin glücklich genug ohne</p> <p>Die getroffene Entscheidung musste von einigen Frauen mehrmals bei ihren Ärzten verteidigt werden und hinterliessen bei ihnen ein Gefühl, der Minderheit anzugehören, hingegen die Rekonstruktion normal sei. Einige Frauen wünschten sich mehr positive Unterstützung und nicht in der Rolle des schwierigen Patienten gesehen zu werden. Obwohl einige Frauen äusserten wenig Unterstützung der Angehörigen der Gesundheitsberufe erhalten zu haben, blieben diese doch Widerstandsfähig in ihrer Entscheidung. Die Entscheidung ist mit viel Emotionen und Angst verbunden, wobei diese sich weniger auf den Verlust der Brust, sondern vielmehr auf den Prozess der Unterstützung ihrer Entscheidung bezogen hat.</p>
--	--

<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed? Ja</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? Ja</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Die Ergebnisse sind klar strukturiert beschrieben. Die Zitate und Name der betroffenen machen die Ergebnisse nachvollziehbar.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? Ja</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged</i></p> <p>Die Transkripte wurden mit der interpretativen phänomenologischen Analyse nach Smith (1996) analysiert.</p>
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility Ja</p> <p>Transferability Ja</p> <p>Dependability Ja</p> <p>Comfirmability Nein</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p>Glaubwürdigkeit:</p> <p>Das phänomenologische Design ist klar ersichtlich beschrieben in der Studie. Interpretationen sind nicht erkennbar oder beschrieben. Es wurde keine andere Methode zur Datensammlung ausser den Interviews verwenden. Diese ist passend zum Design gewählt.</p> <p>Übertragbarkeit:</p> <p>Das Setting und die Population ist nachvollziehbar und genau beschrieben. Zitate wurde sinnvoll zum erweiterten Verständnis eingesetzt. Eine Übertragung auf ein anderes Setting ist gut möglich.</p> <p>Zuverlässigkeit:</p> <p>Die Ein- und Ausschlusskriterien waren klar definiert, das Einverständnis der Frauen wurde eingeholt und die Studie wurde von einem Ethikkomitee geprüft. Das Vorgehen der Datenanalyse ist klar beschrieben, jedoch wurde kein Nachweis eines Prüfpfads oder Peer-Review beschrieben. Die Ergebnisse beziehen sich konkret auf das zu Beginn definierte Ziel der Studie.</p>

	<p>Bestätigbarkeit:</p> <p>In der Studie wird keine externe Person genannt, welche ein Peer-Review durchführte. Dies wurde lediglich von den anderen Autorinnen gemacht. In der Diskussion werden die Ergebnisse kritisch hinterfragt und mit andere Ergebnissen von andere Studien verglichen.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Die Studie ist relevant für unsere Fragestellung, da sie beeinflussende Faktoren in der Entscheidung des verspäteten Nichtrekonstruieren aufzeigt. In der Studie wird ebenfalls das Erleben der Frauen mit Pflegefachperson erwähnt, welche in Praxistransfer der Literaturarbeit im Vordergrund steht.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p>Ja</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p>Ja</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Limitation wurden in den Autorinnen klar definiert. Die Stichprobe ist klein, jedoch ist dies nicht ungewöhnlich für dieses Studiendesign. Es wird anerkannt, dass Frauen mit unterschiedlichem sozioökonomischem, geografischem und ethnischem Hintergrund unterschiedliche Erfahrungen machen können. Darüber hinaus sollten das Alter und die Beziehungen von Frauen in der zukünftigen Forschung berücksichtigt werden. Die Autorinnen erkennen an, dass, wenn der sofortige Wiederaufbau eine Option für die Teilnehmerinnen gewesen wäre, ihre Entscheidungen möglicherweise unterschiedlich waren. In Übereinstimmung mit einem Großteil der bisherigen Forschung ist die hier berichtete Studie retrospektiv angelegt, wobei Frauen mindestens 5 Jahre nach ihrer Diagnose befragt werden. Die Frauen hatten daher Zeit, sich anzupassen und über ihre Situation nachzudenken.</p> <p>Obwohl die Rekonstruktion von den Frauen als eine gültige Option anerkannt wurde, wünschen sie sich, dass trotz ihres jungen Alterns, nicht davon ausgegangen werden soll, die Rekonstruktion zu machen. In der Studie wird ersichtlich, dass eine Unterstützung des Nichtrekonstruieren verbessert werden muss. Die Frauen schlugen vor, andere Frauen mit und ohne Rekonstruktion sehen zu können und mit ihnen ein</p>

	<p>Gespräch zu führen. Dies soll den Entscheidungsprozess positiv beeinflussen und das Gefühl der Isolation verringern. Einige Frauen berichteten, dass wenn eine sofortige Rekonstruktion möglich gewesen wäre, sie diese vielleicht durchgeführt hätten, aufgrund der positiven Positionierung des Ärzteteams. Durch die Zeit bis zu einer möglichen verspäteten Rekonstruktion sank der Druck und sie hatten genug Zeit eine fundierte Entscheidung zu treffen. Der Entscheidungsprozess wurde teilweise auch durch positive Einflüsse der sozialen Netzwerke beeinflusst.</p> <p>Einige Frauen wünschten sich eine zusätzliche unabhängige Beratung zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses, da diese die Beziehungen zu ihrem Ärzteteam teilweise negativ beeinflusste. Es wird empfohlen, dass weitere Studien zum Entscheidungsprozess von Frauen mit unterschiedlichen ethnischen und soziokulturellen Hintergründen aller Altersgruppen durchgeführt werden.</p>
--	--

Critical Review Form – Qualitative Studies

(Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M.
(2007)

McMaster University

Citation

Rubin, L., & Tanenbaum, M. (März 2011). "Does That Make Me A Women?": Breast Cancer, Mastectomy, and Breast Reconstruction Decision Among Sexual Minority Women. *Psychology of Women Quarterly*.

Comments

STUDY PURPOSE	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Das Ziel der Studie war es, Schlüsselthemen in der Erfahrung sexueller Minderheiten bei der Entscheidungsfindung über die Brustrekonstruktion zu ermitteln, die eine feministische Analyse dieser Probleme</p>
----------------------	--

<p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p>Ja</p>	<p>ermöglichen können. In der Studie von Rubin wurde der Entscheidungsprozess in Bezug auf eine Brustrekonstruktion von Frauen, welche einer sexuellen Minderheit angehören, im Fokus auf das Aussehen, der Sexualität und der Identität untersucht.</p> <p>In der Studie wurde der Schwerpunkt auf folgende Punkte gelegt: (a) Vorgang der Frauen in ihrer Entscheidungsfindung und ihre Gefühle über den Brustverlust und Rekonstruktion</p> <p>(b) Gestaltung des Brustverlustes von der Gesellschaft der Frauen, sowie dem Behandlungsteam, Selbsthilfegruppen, Freunden und Liebhaber</p> <p>(c) wie die sexuellen Identität neben anderen Schlüsselidentitäten die Entscheidungsfindung von Frauen über Rekonstruktion und Anpassung an Krebs beeinflusst hat.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Nach Ehrenreich (2001, zit. nach Rubin, 2011) war Brustkrebs vor der Frauengesundheitsbewegung ein "gefürchtetes Geheimnis" und hat sich dann zu einer positiven Bedeutung ableiten lassen und zur aufstrebenden Überlebensgemeinschaft entwickelt. Die kosmetische Erholung durch eine Brustrekonstruktion wurde zwar in persönlichen und politischen Essays von feministischen Theoretikern und Aktivisten angesprochen, jedoch wurden selten forschungsfragen aufgegriffen. Laut der persönlichen Erfahrung von Lorde (1997, zit. nach Rubin 2011) machte sie sich über die Annahme von Ärzten und Organisation sorgen, welche irgendeine Form von Brustersatz als wesentliches Element der Überlebensfähigkeit sahen. Lorde beschreibt, dass sie kaum überrascht war, dass Frauen dazu ermutigt wurden die Erinnerungen an den Krebs zu vertuschen, da der herrschenden amerikanischen Kultur die Frauenkörper als Sexobjekte für heterosexuelle männliche Freuden darstellte. Den Erfahrungen von lesbischen und bisexuellen Frauen im Entscheidungsprozess zum Brustaufbau wurde bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Rubin und Tanenbaum beschreiben Aussagen von anderen Forschern, welche vermuten, dass sexuelle Minderheitsfrauen weniger anfällig für das Körperbild der Frauen durch einen objektivierenden männlichen Blick sind.</p>

	<p>Sexuelle Minderheitenfrauen und Brustkrebsforschung</p> <p>In einer Studie basierend auf den Daten von <i>Women's Health Initiative</i> (WHI) wurde beschrieben, dass trotz ähnlicher Mammographie-Screening-Raten von lesbischen und bisexuellen Frauen eine höhere Prävalenz von Brustkrebs als bei heterosexuellen Frauen festgestellt werden konnte. Die aufgrund der sexuellen Orientierung möglicherweise bestehender Diskriminierung und Befangenheit in der Gesundheit könnte den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. Rubin und Tanenbaum beschreiben eine Studie, in welcher festgestellt wurde, dass Ärzte in ihrer Stichprobe generell keine Patienten nach ihrer sexuellen Orientierung befragten und somit ein erheblicher Teil der Stichprobe nicht zu ihren Ärzten kamen. Dies ist wichtig, da obwohl die Diskrepanz zwischen Patienten und ihren Partnern mit einer grösseren Belastung verbunden war, die Offenheit gegenüber der sexuellen Orientierung mit einer geringeren emotionalen Belastung einhergeht. In Fokusgruppenstudien wurde festgestellt, dass sich eine geringere Zufriedenheit mit der Behandlung bei lesbischen Überlebende im Vergleich zu heterosexuellen Frauen gezeigt hat. Studien haben gezeigt, dass lesbische Frauen weniger Probleme mit dem Körperbild und dem Aussehen im Gegensatz zu heterosexuellen Frauen berichteten.</p> <p>In einer Studie in welcher 39 lesbische und 39 heterosexuelle Frauen mit Brustkrebs nach Alter, Ethnie und Krankheitseigenschaft untersucht wurden, kam heraus, dass sich geringere sexuelle Bedenken und weniger Störungen der sexuellen Aktivität bei den lesbischen Frauen zeigten. In einer anderen Studie wurde kein Unterschied zur Stimmung, sexuellen Aktivität und Beziehungsproblemen festgestellt.</p> <p>Grundlegendes zu Brustrekonstruktionsentscheidungen</p> <p>In mehreren Studien wurden Frauen mit einer brusterhaltenden Behandlung und einer Mastektomie mit oder ohne Rekonstruktion verglichen. Dabei wurde eine in einer von zwei Studien einen Vorteil für die brusterhaltende Behandlung in Bezug auf das Körperbild im Gegensatz zur Mastektomie mit Rekonstruktion festgestellt, wobei bei der anderen Studie kein Un-</p>
--	--

	<p>terschied herauskam. In einer anderen Studie zu Sexualität und Intimität konnte kein Unterschied in der emotionalen und sozialen Rollfunktion zu den verschiedenen Behandlungen gezeigt werden. In einer prospektiven Studie zur Zufriedenheit mit der Rekonstruktionsentscheidung konnte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied in der psychischen Belastung zwischen den Gruppen festgestellt werden. In einer weiteren Studie kam heraus, dass alle drei Gruppen eine signifikante Verbesserung bei der psychosozialen Anpassung und der Lebensqualität nach zwei Jahren zeigten. In einer Studie wurde die Entscheidungsreue untersucht, wobei die Mehrheit keine Reue (52.8%) oder leichte Reue (27.6.%) angab. Diese Studien zeigen alle ähnliche Ergebnisse auf, wobei bei allen keine sexuelle Orientierung berücksichtigt wurde. In nur einer bisher bekannten Studie wurden Frauen mit sexueller Minderheit untersucht. Dabei wurden mit 15 Frauen ein Interview geführt, wobei herauskam, dass die Frauen dem Überleben und der körperlichen Funktion Vorrang vor dem äusseren Erscheinungsbild in ihrer Wiederaufbauentscheidung gaben.</p> <p>Der verminderten Anzahl an Brustrekonstruktionen nach der Mastektomie könnte darauf hinweisen, einen solchen Körper zu „normalisieren“ und dass laut einer Studie vermutet wird, dass lesbische und bisexuelle Frauen möglicherweise in einer besonders guten Lage sind, solche Widerstände zu überwinden.</p>
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</i>⁸</p> <p>Ja, da in der Studie wird der Entscheidungsprozess der Frauen untersucht und bietet mit sexuellen Orientierung, welche beachtet wird eine andere Ansicht auf die beeinflussenden Faktoren.</p>

⁸ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue the review.

<p>STUDY DESIGN</p> <p>What was the design?</p> <p>Phenomenology</p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>In der Studie wird nicht explizit erwähnt, um welches Design es sich handelt, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine phänomenologische Studie handelt. Grund dafür ist die Stichprobengrösse, die Methode der Datensammlung und dass das subjektive Erleben der Teilnehmerinnen im Vordergrund stand.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p>Nein</p>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>In der Studie ist nicht beschrieben, inwiefern die Autorinnen vertraut sind mit der Thematik.</p>
<p>Method (s) used:</p> <p>Participants observation</p> <p>Interviews</p>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p> <p>Es wurden Interviews von etwa einer Stunde gemacht. Diese wurden vom leitenden Autorinnen oder von einer der frei beteiligten Doktorandinnen geführt. Es wurde darauf geachtet, dass die Ethnizität mit der Teilnehmerin übereinstimmte. Der Ort konnte von den Frauen bestimmen werden und fand in einem privaten Interviewraum der Universität, bei der Teilnehmerin zu Hause oder auf ihrer Arbeit statt. Das Gespräch wurde auditiv aufgenommen und die Teilnehmerinnen bekamen eine Entschädigung von USD 50. Folgende Art von Fragen wurde gestellt: Erzählen Sie mir, wie Sie sich nach der Mastektomie für eine Rekonstruktion entschieden haben oder nicht. Was hat Ihnen Ihr Arzt über die Brustrekonstruktion erzählt? Mit wem haben Sie noch über Ihre Entscheidung gesprochen? Was waren Ihre wichtigsten Bedenken bei dieser Entscheidung? Wie, wenn überhaupt, glauben Sie, dass Ihre sexuelle Orientierung Ihre Entscheidung beeinflusst hat? Die Datensammlung mittels Interviews ist für dieses Design geeignet.</p>
<p>SAMPLING</p>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Die 13 Teilnehmerinnen hatten in den letzten sieben Jahren, also nach der Umsetzung des Gesetzes über Frauengesundheit und Krebsrecht (WHCRA), eine</p>

<p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p>Ja</p>	<p>einzigste oder bilaterale Mastektomie zur Behandlung von Brustkrebs. Die Frauen wurden über einen Newsletter von New York für lesbische, bisexuelle Frauen und Transsexuelle und über eine Online-Community für junge Frauen mit Brustkrebs rekrutiert. Grund dafür, dass die Mastektomie nach der Gesetzesänderung von WHCRA stattfand, ist damit die Kosten und verbundenen Bedenken keinen Einfluss auf die Entscheidung hatte, obwohl der finanzielle Aspekt berücksichtigt wurde. Es wurden Frauen mit und ohne Rekonstruktion miteinbezogen. Interessierte Teilnehmerinnen nahmen telefonisch oder per E-Mail-Kontakt zu den leitenden Autorinnen auf, um mehr über die Studie zu erfahren.</p>
<p>Was Sampling done until redundancy in data was reached?⁹</p> <p>Nein</p>	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Die Frauen waren zwischen 29 und 56 Jahren alt und 11 von ihnen haben sich als lesbisch und 12 als weiss identifiziert. Alle Teilnehmerinnen haben einige Hochschulausbildungen angegeben. Fünf äusserten weniger Einkommen als USD 50'000 und zwei ein Einkommen weniger als USD 20'000 zu haben. Alle Teilnehmerinnen waren versichert. Sieben Frauen waren in einer Partnerschaft, fünf alleinstehen und eine geschieden.</p> <p>Das Krebsstadium wurde bei allen Frauen. Die Mediane Zeit seit der Mastektomie betrug 17 Monate und elf Frauen hatten einen Wiederaufbau.</p> <p>Das Ziel der Autorinnen war es, genügend Daten mittels Interviews zu sammeln, bis eine Sättigung oder Informationsredundanz erreicht wird, jedoch schränkte die Autorinnen die geringe Anzahl an Teilnehmerinnen ohne Rekonstruktion das Verständnis dieser Untergruppe ein.</p>

⁹ Throughout the form, „no“ means the authors explicitly state reason for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

<p>Was informed consent obtained?</p> <p>Nicht bekannt</p>	<p>In der Studie wird nicht beschrieben, ob eine Einverständniserklärung der Teilnehmerinnen eingeholt wurde. Ebenfalls nicht erwähnt wird, ob ein Ethikkomitee die Studie genehmigt hat.</p>
<p>DATA COLLECTION</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site:</p> <p>Ja</p> <p>participants:</p> <p>Ja</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p>Nein</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p>Nein</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</i></p> <p>Die Datensammlung wurde nachvollziehbar beschrieben. Der genauere Durchführungsort in den USA wurde nicht beschrieben, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass dieser in New York ist, da für die Rekrutierung ein Newsletter von New York verwendet wurde, sowie von den Autorinnen erwähnt wird, dass sie davon ausgehen, dass alle Teilnehmerinnen in New York wohnhaft sind.</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>Es wird nicht beschrieben, welche Annahmen die Autorinnen zu Beginn der Studie hatten, sowie in welcher Beziehung die Autorinnen zu den Teilnehmerinnen standen. Aufgrund der Rekrutierung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmerinnen den Autorinnen unbekannt waren.</p>
<p>Procedural Rigor</p> <p>Procedural rigor was used in the data collection strategies:</p> <p>Ja</p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i></p> <p>Das Vorgehen der Datensammlung wurde nachvollziehbar beschrieben.</p>
<p>DATA ANALYSIS</p> <p>Analytical Preciseness</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Die Datenanalyse wurde anhand der theoretische Analyse gemacht, welche zur Erkennung, Analysierung und Meldung von Mustern in Daten verwendet wird. Die Interviews wurden sorgfältig gelesen, Codes generiert und Schlüsselthemen</p>

<p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p>Ja</p>	<p>identifiziert. Die in der Studie verwendete Analyse basiert auf theoretischen Ansätzen zur Brusterkrankung innerhalb der feministischen Psychologie. Die Interviews wurden auditiv aufgenommen und in Wort und Schrift transkribiert. Beide Autorinnen haben die Transkripte vollständig gelesen und unabhängig voneinander an einer ersten Entwicklung eines ersten Codesatzes gearbeitet. Eine «beste Darstellung» der Daten wurde nach einem überarbeiteten Satz des Codes dargestellt. Die Schlüsselthemen wurden durch die konstante Vergleichsmethode modifiziert und ausgearbeitet, die während der gesamten Analyse verwendet wird, um aufkommende Codes und Themen rigoros mit unseren gesammelten Daten zu vergleichen. In den Transkripten wurden zum Schutz der Privatsphäre aufgeführte Namen durch Pseudonyme ersetzt.</p> <p>Folgende Ergebnisse wurden von den Autorinnen zusammengefasst:</p> <p>Entscheidungsfindung Brustrekonstruktion</p> <p>Die Frauen äusserten Gründe für eine Brustrekonstruktion wie den Wunsch nach Symmetrie, die Vermeidung von äusseren Prothesen, den Wunsch nach «Ganzheitlichkeit» und den Wunsch «normal» auszusehen. Einige haben die Vorstellung von der Genesung und Umwandlung von einem kranken und einem gesunden Körper damit verbunden. Eine Teilnehmerin berichtete von ihrer Mutter, welche an Brustkrebs starb und von der Erinnerung, wie sich die Narbe der Mastektomie über den ganzen Brustkorb zog und sie dies nicht wollte. Die Entscheidung gegen eine Brustrekonstruktion wurde, wie bereits in anderen Studien erwähnt, aufgrund von Bedenken zu den Implantaten und der Vermeidung von einer weiteren Operation und Schmerzen beeinflusst. Alle Frauen haben im Interview geäußert, dass sie die selbe Entscheidung wieder treffen würden.</p> <p>«Gender Policing» und Medizinisierung</p> <p>Die Frauen berichteten, dass Ärzte die Brustrekonstruktion als «normalen» Schritt der Behandlung nach Mastektomie aufzeigten. Einige äusserten, dass die Option einer Mastektomie ohne Rekonstruktion nicht diskutiert wurde. Die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patienten und Leistungserbringern</p>
--	--

	<p>wird zunehmend von der medizinischen Gemeinschaft als idealer Ansatz für die Patientenversorgung befürwortet. Es berichteten Frauen, dass sie das Gefühl hatten es wurde nur über Risiken und Komplikationen im Gespräch mit dem Arzt gesprochen, andere konnten sich kaum noch daran erinnern, dass ihr Arzt überhaupt Risiken und Komplikationen erwähnt hat. Frauen hatten teilweise das Gefühl sich rechtfertigen zu müssen, weshalb sie keine Rekonstruktion haben möchten, obwohl sie teils als gute Kandidaten für eine Operation beurteilt wurden. Eine Teilnehmerin suchte Unterstützung im Entscheidungsprozess in einer Selbstgruppe. Obwohl die erhöhte Verfügbarkeit und das breitere Angebot an Optionen für die Brustrekonstruktion Frauen mehr Wahlmöglichkeiten nach der Mastektomie bieten sollten, verringert sich paradoxerweise die Option, nicht zu rekonstruieren, was mit den Mustern der Medizin in anderen Bereichen (z. B. Geburt und Hormontherapie) übereinstimmt.</p> <p>Verwandlung der Brustrekonstruktionspolitik</p> <p>Idealerweise basieren Entscheidungen zur Brustrekonstruktion auf den persönlichen Werten und Präferenzen der Patienten, Eigenschaften, die immer schon durch das kulturelle Umfeld geprägt sind, sowie in ihrer persönlichen Bewertung der Risiken und Vorteile einer Operation. In einer „rosafarbenen“ Brustkrebskultur können Frauen, welche sich fragen, ob sie eine Rekonstruktion machen oder nicht, als oppositionell angesehen werden, da sie eine politische Aussage mit ihrem Körper machen können. Frauen berichteten von einer Ambivalenz zu den verfügbaren Optionen nach der Mastektomie und den Vorbehalt «der Typ von Person» zu sein, der eine kosmetische Operation macht. Mit der Entscheidung gegen eine Rekonstruktion kann eine Desexualisierung einer Frau riskiert werden. Wenn sich die Frau für eine Brustrekonstruktion entscheidet kann es durch die Verbindung mit einem kosmetischen Eingriff sich nach einer Bestätigung einer Objektivierung einer Frau anfühlen. Auf beiden Wegen können diese zweifach kontrollierenden Frauenbilder das Gefühl der sexuellen Handlungsfähigkeit von Frauen beeinträchtigen. Die Zunahme von positiven Bildern einer Mastektomie, wie beispielsweise Metzgers «The Warrior», zeigen die Narbe als eine stärkere Alternative zu einer Brustre-</p>
--	---

	<p>konstruktion. Eine Teilnehmerin stellte jedoch fest, dass der Widerstand bei der Bewältigung der mit Krebs und seinen körperlichen Auswirkungen verbundenen Gefühle schwerer ist, als das stolze, mutige Image vermuten lässt. Während eine Frau ihre Entscheidung als ästhetisch bezeichnete, war es für eine andere eine politische Entscheidung. Politisch, da sie die Kontrolle der Wahl hatte, wann sie ihre Krebsgeschichte erzählt und somit auf einen „Machtsitz“ gesetzt wurde. Eine Teilnehmerin beschrieb, dass sie sich von Freunden innerhalb der lesbischen, schwulen, bisexuellen und transsexuellen (LGBT-) Gemeinschaft entfremdet fühlte, die die Umstände ihrer Mastektomie nicht zu erfassen schien, als Behandlung für einen lebensbedrohlichen Krebs im Alter von 29, und nicht als eine Entscheidung, die sie über ihre Identität traf.</p> <p>Brustrekonstruktion und Terrorbekämpfung</p> <p>Der Wiederaufbau kann dazu führen, dass Frauen sich von Krebserinnerungen in einem sozialen Umfeld distanzieren können. Es kann andere, ihnen nahestehende Ärztinnen, Ärzte, Selbsthilfegruppenmitglieder, Freunde, Arbeitgeber, Liebhaber vor der Sterblichkeit des Patienten sowie der eigenen Sterblichkeit schützen.</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p>Ja</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p>Ja</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und strukturiert beschrieben. Zitate untermauern die Aussagen der Autorinnen und sind gut gewählt.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p>Ja</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged</i></p> <p>Bei der Datenanalyse wurde eine theoretische Version von der Thematischen Analyse nach Braun und Clark (2006) verwendet.</p>

<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility Ja</p> <p>Transferability Ja</p> <p>Dependability Nein</p> <p>Comfirmability Nein</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p>Glaubwürdigkeit: Die Datenerhebung wurde mitteln Interviews mit einer kleineren Anzahl Teilnehmerinnen wurde passend zum phänomenologischen Design gewählt. In der Studie sind keine Interpretationen erkennbar.</p> <p>Übertragbarkeit: Eine Übertragung auf ein anderes Setting ist möglich, da die Autorinnen die Population klar beschrieben haben.</p> <p>Zuverlässigkeit: Ein- und Ausschlusskriterien sind beschrieben, können jedoch genauer sein. In der Studie ist nicht ersichtlich, ob ein Einverständnis der Teilnehmerinnen eingeholt wurde und ob die Studie von einem Ethikkomitee genehmigt wurde. Die Datenanalyse wurde nachvollziehbar beschrieben und die Transkripte wurden von beiden Autorinnen unabhängig voneinander ausgearbeitet und codiert. Die Ergebnisse beziehen sich auf das von den Autorinnen definierte Ziel.</p> <p>Bestätigbarkeit: Es wird keine externe Person genannt, welche ein Peer-Feedback machte. In der Diskussion werden die Ergebnisse kritisch hinterfragt und mit Ergebnissen von andere Studien verglichen.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Die Studie ist relevant für unsere Fragestellung, da sie beeinflussende Faktoren im Entscheidungsprozess darstellt und dies von einer anderen, ebenfalls relevanten Seite, durch die sexuelle Minderheit. Dieser Aspekt kann ebenfalls einen Einfluss auf das Beratungsgespräch in der Pflege haben.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Limitationen der Studie waren bei der Population die wenigen Teilnehmerinnen ohne Rekonstruktion und</p>

<p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p>Ja</p>	<p>ein Durchschnittsalter von 44.5 Jahren, was eher jung ist für „typische“ Brustkrebspatienten. Jüngere Frauen haben möglicherweise eher die Unterstützungsressourcen in Anspruch genommen, aus denen wir unsere Stichprobe rekrutierten. Chirurgen sprechen häufiger mit jüngeren Frauen über die Brustrekonstruktion. Es könnte auch sein, dass Frauen mit Brustrekonstruktion in ihrer Entscheidung ambivalent sind als Frauen ohne Rekonstruktion und somit eher zu einer Studie herangezogen werden, wo sie über Erfahrungen und Gefühle sprechen können. Die Population war homogen und somit wurden keine kulturellen Einflüsse wie ethnische Zugehörigkeit und Geografie erforscht.</p>
<p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p>Ja</p>	<p>Die Autorinnen gehen aufgrund der Ergebnisse davon aus, dass Frauen mit sexueller Minderheit, die eine Mastektomie hatten, mit den gleichen Ängsten hinsichtlich des Blutverlusts konfrontiert sind, wie heterosexuelle Frauen. In der Studie zeigte sich, dass Überlegungen für oder gegen den Wiederaufbau von der sexuellen und politischen Identität von Frauen beeinflusst wird. Die Autorinnen legen jedoch nahe, dass die sexuelle Identität nicht der einzige oder notwendigerweise der primäre Einfluss auf die Entscheidungen von Frauen für oder gegen den Brustaufbau ist.</p> <p>Obwohl die feministische Identifikation von den Autorinnen nicht bewertet wurde, hat sie wahrscheinlich auch Einfluss auf die Entscheidungsprozesse.</p> <p>Zukünftige Forschungsarbeiten zu Entscheidungen und Ergebnissen der Brustoperation sollten die sexuelle Orientierung beurteilen und versuchen, Frauen verschiedener sexueller Minderheiten in Bezug auf Alter, Krebsstadium, ethnische Zugehörigkeit, Geographie und sozioökonomischen Status einzubeziehen.</p>